



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO: PSICOLOGIA

**O PAPEL DO DELÍRIO: REJEIÇÃO
E CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA REALIDADE**

PATRÍCIA PACHECO CARVALHO FREITAS

BRASÍLIA
NOVEMBRO/2003

PATRÍCIA PACHECO CARVALHO FREITAS

O PAPEL DO DELÍRIO: REJEIÇÃO
E CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA REALIDADE

Monografia apresentada como
requisito para conclusão do curso
de Psicologia do UniCEU – Centro
Universitário de Brasília
Professora orientadora:
Tânia Inessa Martins de Resende

Brasília/DF, Novembro de 2003

*A Deus
e
a meu pai –
companheiro e amigo de todas as horas,
que num momento de tantas dificuldades,
acreditou em mim, estendendo-me a mão
e incentivando-me a seguir em frente.*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
CAPÍTULO I: PSICOSE.....	8
Imaginário, Simbólico e Real.....	9
Significante-Nome-do-Pai e Metáfora Paterna.....	11
Foraclusão	12
CAPÍTULO II: DELÍRIO	14
Origem e manutenção do delírio	15
Manifestações de vivências delirantes primárias	17
Tipos mais frequentes de delírio	19
CAPÍTULO III: O PAPEL DO DELÍRIO.....	24
O delírio como reconstrução do mundo.....	24
O que o delírio quer dizer?	28
O saber ouvir.....	31
CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

RESUMO

A presente monografia tem como objetivo esclarecer sobre a principal função do delírio, especificando como este surge, seu funcionamento e a melhor forma de lidar com ele. O estudo é dividido em três capítulos. No primeiro capítulo encontra-se uma revisão teórica a respeito de como é construída uma estrutura psicótica, bem como as principais características da psicose. O segundo capítulo apresenta uma pesquisa sobre o que é o delírio, a partir de uma visão descritiva do fenômeno. O terceiro capítulo é dedicado à visão mais ampla e dinâmica do delírio, explicitando quais são suas verdadeiras funções, e a melhor forma de lidar com um paciente delirante, visando, acima de tudo, a redução do sofrimento e angústia presentes num quadro de delírio.

O presente trabalho adota como proposta o estudo sobre o delírio, bem como o desencadeamento de um sistema delirante e a sua principal função. A ênfase aqui é voltada para o delírio como uma tentativa de reconstrução do mundo, a partir de uma realidade enfrentada com dificuldade pelo indivíduo. O delírio, além de tentativa de reconstrução, é também um “grito de socorro”, pois quer dizer algo, mesmo que de forma desorganizada, com a intenção de proporcionar ao indivíduo delirante uma oportunidade de adaptação ao que não parece fácil em sua vida.

Um ponto de partida essencial para o tema, devendo ser abordado no primeiro capítulo, é a formação da estrutura psicótica, e mecanismos fundamentais acerca desta questão. Serão discutidas as principais formas de abordagem de pesquisa a respeito da psicose. A obra de Freud é de grande importância neste contexto, pois em 1894 foi feita por ele uma primeira distinção entre psicose e neurose. Porém Freud apenas introduziu o estudo da psicose, dedicando-se de maneira limitada ao tema. Foi apenas em 1953 que Lacan retomou as questões abordadas por Freud, passando a destrinchar o assunto de forma minuciosa.

A partir da perspectiva teórica de diversos autores, principalmente Freud e Lacan, conceitos essenciais sobre a psicose serão aqui revisados, dentre eles a importância das três instâncias do psiquismo: Imaginário, Simbólico e Real; como também o Significante Nome-do-Pai e a Metáfora Paterna; e a Forclusão deste significante.

O estudo dos conceitos citados é fundamental neste trabalho, pois é a partir da compreensão de como é formada uma estrutura psicótica que se pode começar a entender e tentar construir hipóteses sobre o desencadeamento de um quadro delirante no sujeito. O delírio, ao contrário de suposições leigas, não aparece subitamente, sem qualquer explicação. Há sempre algo que o causou, algo que incitou o seu aparecimento. E há também uma estrutura frágil por trás disso. O sujeito, antes de delirar, enfrenta algo muitas vezes obscuro, indecifrável. Porém mesmo diante desse mistério, o que se pode perceber é que há sofrimento, uma dor da qual o indivíduo não consegue se livrar.

No segundo capítulo, o enfoque será dado ao delírio propriamente dito, abordando-se os principais conceitos a respeito deste, bem como sua origem, suas subdivisões, principais características, tipos de manifestações e tipos mais frequentes. Enfim, o capítulo será destinado a uma revisão bibliográfica a respeito do delírio de uma

forma global. A maioria dos autores de obras de psicopatologia geral e manuais de psiquiatria concorda em diversos pontos, quando afirma que o delírio é o conjunto de falsos juízos, que acabam por desorganizar a mente do sujeito. Esta conceituação de delírio enfoca de forma apenas descritiva o que é, na verdade, algo complexo. Assim, torna-se necessário questionar a limitação de conceitos como este, já que a definição do que é o delírio pode ser seguramente mais ampla. Quando observado de forma dinâmica, o delírio pode trazer consigo segredos a partir dos quais consegue-se adquirir maior entendimento a respeito de sua origem e função. Segredos muitas vezes jamais descobertos, porém sempre afrontados com afínco, na intenção de amenizar o que parece intolerável ao delirante.

O terceiro capítulo será destinado a reflexões acerca do tema principal, ou seja, quais as verdadeiras funções do delírio, qual o momento em que o sujeito pode se encontrar prestes ao desencadeamento de uma crise delirante, o que esse delírio pode trazer de mudanças na vida deste indivíduo, tanto negativas como positivas. Serão expostos e comentados trechos de delírios em pacientes em crise. Esses trechos podem apresentar questões importantes da história de vida dos pacientes, conferindo a eles uma frágil estrutura psíquica, bem como os supostos fatores desencadeantes de seu delírio, e a forma com que cada um lida com suas dores.

Será discutida a importância de estar atento ao que o delírio quer dizer, ou seja, a sua verdadeira função. Para isso, é imprescindível que o terapeuta saiba ouvir o que o paciente delirante fala. Ouvir num sentido amplo, onde o terapeuta acolhe, respeita e dá sentido às palavras do paciente. No trabalho de análise, o terapeuta ajuda seu paciente, que tem seu ego fragmentado, a reconstruir sua história, tendo como objetivo que este passe a se entender melhor, e a se reconhecer como alguém inteiro.

O delírio em certos pacientes pode parecer, muitas vezes, coerente e sensato, mesmo quando comparado a atitudes e pensamentos de pessoas que estão dentro de um quadro aparente de “normalidade”. Não seria esta mais uma pista de que o delírio não pode ser considerado uma mera alteração do juízo? Esta é uma questão complexa, porém extremamente estimulante. Leva a pensar que há algo muito complicado envolvido no aparecimento de um quadro delirante. Este algo pode dar sentido aos questionamentos a respeito do que pode parecer, muitas vezes, um pensamento vago, bizarro.

O estudo das questões acima citadas tem um valor indiscutível quando se trata de cuidar de um indivíduo que delira. O paciente delirante precisa ser acolhido para conseguir encontrar, em meio aos seus delírios, algo que o garanta apoio, funcionando como uma espécie de ponte para o caminho da descoberta da melhor maneira de conviver com sua dor. A partir desse estudo, o analista poderá encontrar oportunidade de aproximar-se do que acontece dentro da mente de um paciente delirante, para enfim, obter êxito na escolha da melhor forma de lidar com seu paciente.

I

PSICOSE

Segundo Checchinato (1998), foi a partir dos anos 50 que os psicanalistas voltaram-se ao tratamento da psicose. O modelo clínico mais importante, utilizado como referência em diversos outros estudos sobre a psicose, foi a análise do caso do Presidente Schereber, efetuada por Freud. Outra publicação, também de extrema importância, foi o seminário de Lacan sobre “As Psicoses”, no ano de 1955/56.

A psicose pode ser entendida, em princípio, a partir da concepção de rejeição da realidade, mecanismo de defesa chamado por Freud de *Verwerfung*, e da conseqüente construção de uma nova realidade, o delírio.

Dalgalarrrondo (2000) afirma que essa perda de contato com a realidade como característica central da psicose é enfatizada pelos autores de orientação psicodinâmica. Nessa perspectiva, o princípio pelo qual o psicótico passa a ser regido é o princípio do prazer e do narcisismo.

De acordo com Freud (1924), na psicose, o ego se distancia da realidade, em função do Id. Freud (1924) discerne nesse processo duas etapas:

*a primeira arrastaria o ego para longe, desta vez para longe da realidade(...)
O segundo passo da psicose destina-se a reparar a perda da realidade,
contudo, não às expensas de uma restrição do id, senão de outra maneira,
pela criação de uma nova realidade que não levanta mais as mesmas objeções
que a antiga, que foi abandonada. Essa transformação da realidade é
executada sobre os precipitados psíquicos de antigas relações com ela (p.
231).*

Essa relação, segundo Freud (1924), é sempre enriquecida, e se modifica de acordo com novas percepções. Porém as paramnésias, delírios e alucinações que ocorrem podem causar muita aflição. Isso sugere que essas mudanças não ocorrem de maneira simples, já que o fragmento de realidade rejeitado se impõe à mente constantemente, e de

forma violenta. Diante disso, o delírio pode ser visto, então, como um sintoma que aparece em consequência de uma realidade que se torna insuportável para o indivíduo.¹

Imaginário, Simbólico e Real

Um tema de extrema relevância para o entendimento da formação de uma estrutura psicótica, introduzido por Lacan no ano de 1974/75, é o estudo de três instâncias essenciais pertencentes ao psiquismo: *Imaginário, Simbólico e Real*.

Dor (1995) realiza um estudo e interpretação interessante da leitura de Lacan, o que permite um entendimento conciso de como funcionam esses três registros. Segundo Dor, a interação entre essas três instâncias encontra-se vinculada à estruturação da subjetividade do indivíduo.

O início dessa situação *imaginária* é citado por Dor (1995) como uma “relação de indistinção funcional, onde a criança é engajada em uma dinâmica desejante alienada ao desejo da mãe, já que está especialmente identificada com seu falo” (p.11).

Sobrinho (1988) considera esta questão discutindo a função materna. Afirma, dentro de uma perspectiva aberta por Lacan, que a relação entre mãe e filho, vinculada ao desamparo, é consolidada de acordo com a necessidade e o desejo. Assim, a função da mãe se baseia tanto na profundidade física quanto simbólica da criança. Essa relação, baseada no imediatismo, é também imaginária, onde mãe e criança se confundem. O desejo da criança, condenado à mediação da palavra, tem seu estatuto no outro. E nessa relação, a mãe ocupa o lugar de Outro absoluto.

Segundo Sobrinho, (1988) o reconhecimento da própria imagem no espelho passa a implicar para essa criança perceber também a imagem e o desejo do outro. Partindo dessa afirmação, é necessário observar que Lacan (1949) de fato ressalta o *estádio do espelho* como formador da função do Eu. Lacan compreende esse estágio como uma identificação. O sujeito assume essa identificação, ou seja, ele assume uma imagem, onde a *imago* passa a estabelecer uma relação entre o organismo e a realidade. Nesse ponto, o sujeito assume uma identidade alienante. Logo, segundo Lacan (1949), o

¹Essa questão será comentada com maior profundidade no capítulo seguinte.

momento onde se firma o estágio do espelho “inaugura, pela identificação com a *imago* do semelhante e pelo drama do ciúme primordial, a dialética que desde então liga o [eu] a situações socialmente elaboradas” (p.101).

Sobrinho (1988) afirma que esse reconhecimento de si acaba por alienar o sujeito na sua imagem. A partir dessa alienação, a criança passa a ter o *falo* como objeto imaginário, devendo se identificar com esse objeto para satisfazer o desejo da mãe. Esse é o ponto de reconhecimento do objeto de desejo da mãe.

Dor (1995) coloca esta mesma questão salientando que essa interação do desejo entre a mãe e a criança, diz respeito à *falta*. Ou seja, a mãe, vista como faltante, pode ser preenchida pelo objeto do desejo que lhe falta. Essa visão é, logicamente, imaginária. É neste contexto que surge o *falo*, objeto também imaginário, capaz de preencher essa falta. Esse triângulo entre mãe, criança e falo representa esse espaço do *registro imaginário*, que Dor (1995) explicita da seguinte forma:

Identificando-se imaginariamente com o objeto de desejo da mãe, o desejo da criança já se realiza como desejo do desejo. A estruturação dinâmica do desejo do sujeito como desejo de desejo do Outro encontra, deste modo, seu ponto de ancoragem nesse processo originário de identificação com o falo imaginário (p. 12).

Dor (1995) salienta que o fato do pai ser um pólo de atração para o desejo da mãe, mostra que a criança não é tudo para esta mãe. Nessa relação passa a entrar o pai, sob a influência da realidade.

Seguindo ainda a linha de organização de Dor, pode-se perceber que aparece então uma *prescrição simbólica* na estruturação dessa criança, que significa que é do pai que a mãe espera conseguir o objeto que lhe falta. O *registro simbólico* se constitui quando se firma então essa nova correlação entre o pai e a mãe. A criança já não se identifica mais com o objeto de desejo da mãe, e passa a ver o pai como o que tem o falo e pode dá-lo à mãe. Sobre essa substituição, Sobrinho (1988) afirma que a criança é retirada dessa relação imaginária com a mãe a partir da existência da *Lei da substituição*, onde

ocorre a substituição desse desejo pelo *nome do-pai*.² A partir dessa intervenção, há uma identificação com o pai, o que leva à formação do ideal do ego.

O *Simbólico* e o *Imaginário* são, segundo Dor (1995), interligados pelo *Real*. Pode-se passar de um ao outro de maneira contínua.

É importante observar que o *Real* não é o mesmo que *realidade*. O *Real* é algo interno, um registro do psiquismo que tem como principal característica o fato de não se deixar simbolizar. A *realidade* se faz a partir de algo externo, da percepção do indivíduo.

Souza (1999) afirma, baseada no conceito de realidade de Freud e no *Real* de Lacan, que a realidade psíquica é preenchida pelos desejos e fantasias do sujeito; é um centro onde habita o desejo. Essa realidade se dá de acordo com a articulação que existe entre o simbólico e o imaginário, num jogo de significantes. Já no registro do *Real*, não há lógica, nem articulação, nem mobilidade. O *Real* trata-se do “gozo, nome próprio de uma satisfação paradoxal que sempre e nunca satisfaz, satisfação aberrante, heterogênea à homeostase prazer-desprazer, atravessada pela categoria do impossível” (p. 40).

Significante Nome-do-Pai e Metáfora Paterna

Lacan (1956) afirma que o fenômeno psicótico é a emergência de uma significação na realidade. Essa significação, porém, jamais entrou no sistema da simbolização. Quanto ao processo de simbolização, são temas importantes no estudo das psicoses o *significante nome-do-pai* e a *metáfora paterna*. Lacan (1957/58) cria os termos para explicar a relação do sujeito com o significante.

Souza (1999), retomando Lacan, salienta que o *significante nome-do-pai* – pai simbólico – dá suporte à função simbólica, sendo esse suporte essencial na operação da metáfora paterna, que ordena uma estrutura onde o indivíduo é assujeitado à lei simbólica e a seus desdobramentos imaginários.

Em outras palavras, Dor (1995) traduz o *significante nome-do-pai* como um movimento que vai do espaço imaginário ao simbólico. Segundo Dor, esse movimento tem a ver com a circulação do objeto fálico, onde é introduzido o falo simbólico. Esse

² A importância do *significante nome-do-pai* na organização da psicose será discutida no tópico seguinte.

objeto tem a função de determinar qual o verdadeiro lugar do objeto do desejo da mãe, permitindo que a criança passe do estado de *assujeitado* ao de sujeito. Ou seja, a criança se torna sujeito, e já não ocupa mais o lugar de primeira identificação imaginária com o objeto de desejo da mãe.

Souza (1999) cita a função fálica como principal consequência da metáfora paterna. O falo em sua vertente imaginária se configura como objeto de desejo do outro. É o efeito de castração imaginária que atribui ao Outro um corpo e uma falta. Assim, o falo é o significado do desejo.

O pai, nesse contexto, entra para fazer o corte entre mãe e filho. Um corte que é essencial, pois dá fim a essa relação que ainda é simbiótica no primeiro ano da criança. Souza (1999) salienta esta questão da seguinte forma:

O pai separa da mãe o filho apontando para ambos um alhures onde acera o desejo, um desejo para além da mãe e do filho. Essa é a lei do pai, lei da castração e do desejo que vincula num destino indissociável desejo e lei. (...) O pai, com sua lei, interdita, separa, veta o gozo absoluto, impossibilitando a plenitude, ao mesmo tempo em que liga o sujeito à vida. (p. 12)

Foraclusão

Quando a função paterna não se realiza, ou seja, quando o pai – que não é o pai Real – não faz esse corte, pode-se dizer que o simbólico ficou prejudicado. De acordo com Souza (1999), a não realização dessa função pode ser considerada uma catástrofe, pois é exatamente quando o *nome-do-pai* é chamado e não responde, que a psicose se forma. Em seu lugar, responde um buraco no outro. Isso porque ocorreu o que Lacan (1957/58) denominou *foraclusão do nome-do-pai*, termo escolhido para traduzir a *Verwerfung* freudiana.

A *Verwerfung*, citada por Freud pela primeira vez em 1894, é explicada por Checchinato (1988), que retomando Lacan, a descreveu como “algo que não é admitido a título dos significantes primordiais, e isso tem por efeito a constituição de um buraco no

simbólico” (p. 15). Checchinato (1988) fala que esse buraco se abre no momento em que o sujeito percebe a falta do significante. Esse é o momento da separação na relação entre significado e aparelho significante. Isso implica em fenômenos onde se decompõe o discurso interior, havendo uma linguagem cada vez mais carente de significação. O equilíbrio do sujeito entra em fragilidade, e ele agora passa a ser guiado pelo registro do imaginário.

O desencadeamento dessa crise, segundo Calligaris (1989), é vinculado ao fato do sujeito necessitar ter como referência uma “amarragem central”, que é paterna. Amarragem esta que não foi simbolizada na psicose. A problemática da psicose se encontra na referência impossível a este nome não simbolizado.

A falência dessa lei da simbolização, a forclusão, é a responsável pela psicose, trazendo diversas consequências ao indivíduo. Consequências certamente difíceis, dolorosas. É como se essa pessoa perdesse seu rumo, seu referencial, surgindo dentro dele, então, uma profunda inquietação, um sofrimento, uma angústia que parece interminável.

Oliveira (2001) descreve essa perturbação presente no indivíduo psicótico como uma ferida profunda em sua personalidade. Essa ferida é provocada de maneira intensa e absoluta, repleta de particularidades. Encontra-se prejudicada a capacidade de comunicação do paciente, bem como o seu modo de apreensão do real, e a maneira de lidar com situações sociais, envolvendo passado, presente e futuro.

Interessante a forma como Souza (1999) descreve essas consequências penosas ao indivíduo psicótico: “É assim que, na última ausência dessa lei (da simbolização), surpreendemos a inquietação dos corpos e o tumulto das falas – corpos que pedem definição e falas pelo absoluto das certezas contraditórias, corpos e falas testemunhos da errância do sujeito.” (p.16).

Esta tamanha inquietação dos corpos e tumulto das falas parece testemunhar não somente a errância do sujeito, mas uma tentativa de organização. Nesta tentativa pode estar envolvido, mesmo que de maneira sutil, um pedido de ajuda, em vista do desespero de alguém que busca encontrar uma janela, uma saída, que proporcione algum alívio a essa dor e angústia.

II

DELÍRIO

De acordo com Jaspers (2000), o delírio exerce função fundamental na psicopatologia, e seu conceito não pode ser dado por encerrado considerando-se apenas uma única definição.

Dalgalarro (2000) se refere ao delírio como uma *construção*, que é elaborada a partir de uma *tentativa de organização* da mente. Essa tentativa esforçada aparece em função de uma necessidade de reorganizar o aparelho psíquico, que se encontra em confusão.

Para um melhor entendimento do que é o delírio, Jaspers (2000) afirma que este só aparece onde se pensa e se julga. Assim, *idéias delirantes* são juízos errados, falsos, de uma forma patológica. Esses juízos falsos possuem algumas características:

- 1) Uma convicção absoluta, aderindo a esses falsos juízos com uma *certeza subjetiva* e incontestável;
- 2) Uma *impossibilidade de influência* mesmo por parte da experiência e de raciocínios sensatos, concisos;
- 3) Uma *impossibilidade* do conteúdo.

Henri Ey (1981) parece ir um pouco mais além em sua teoria, pois afirma que não se pode entender por idéia delirante apenas as crenças e concepções que aparecem na ficção do sujeito delirante. Assim, não se pode tomar como certa a concepção de idéia delirante apenas como um simples erro de julgamento. Muito mais que isto, o delírio engloba diversos fenômenos ideoafetivos, dentre eles ilusões, intuições, interpretações, alucinações, etc. O delírio, dentro desta perspectiva, não é algo accidental. Tem, sim, uma ligação estreita e permanente que une o sujeito ao seu mundo.

Seguindo entre as tentativas de compreensão do delírio, Lopes (1982) apresenta a idéia delirante em sua obra como uma mudança radical do funcionamento do psiquismo, que acaba por trazer uma necessidade que sustenta esta mudança, no caso o

delírio. Para que ocorra esta mudança, há uma influência do estado afetivo. O delírio, neste caso, aparece em um quadro característico de alguma vivência patológica.

Scharfetter (1997) aponta o delírio como “a convicção privada e privativa, determinante da vida, por parte de uma pessoa, sobre si mesmo e seu mundo” (p.214). Desta forma, quer dizer que o delírio é na verdade um *saber*, que, para o paciente, é como algo absolutamente verídico, não necessitando de qualquer fundamento ou explicação que comprove esta veracidade. Esta convicção privada do delírio, acaba, infelizmente, por isolar o doente delirante do seu mundo, o que traz a ele alienação.

Origem e manutenção do delírio

De acordo com Dalgalarrrondo (2000), os delírios podem se estruturar de maneira *simples*, com idéias desenvolvidas em torno de um só conteúdo; *complexa*, englobando vários temas e facetas ; *não-sistematizada*, sem tema consistente e de conteúdo variante; e *sistematizada*, com boa organização, temas duradouros e persistentes.

Essa estruturação depende de mecanismos constitutivos que influenciam a formação do delírio. Apesar de um certo cuidado da psicopatologia ao tratar desse assunto, em função da pouca consistência das evidências, Dalgalarrrondo (2000) cita como principais mecanismos:

- *Interpretação (Delírio Interpretativo)*: mecanismo geralmente freqüente na formação de todos os tipos de delírio. O delírio que, em sua maior parte é interpretativo, respeita uma certa lógica, não aparentando total repugnância à verdade.
- *Intuição (Delírio Intuitivo)*: nesse caso, o indivíduo intui o delírio, e isso ocorre subitamente, sem nenhuma fundamentação que leve à verossimilhança deste delírio.
- *Imaginação (Delírio Imaginativo)*: mecanismo também freqüente na formação da maioria dos delírios. Nesse caso, o indivíduo imagina algo, e a partir daí constrói seu delírio.

- *Afetividade (Delírio Catatímico)*: o delírio, nesse caso, se desenvolve em estados afetivos intensos, como depressões graves ou estado de mania.
- *Memória (Delírio Mnêmico)*: nesse mecanismo, elementos da memória, falsos ou verdadeiros, constituem uma dimensão delirante.
- *Alteração da Consciência (Delírio Onírico)*: nesse caso, o delírio vem associado à turvação da consciência, ou seja, quando a consciência se encontra em estado alterado, como em situações de grande ansiedade, vivências oníricas, etc.
- *Alterações Sensorceptivas (Delírio Alucinatório)*: o delírio, neste contexto, surge a partir de vivências alucinatórias.

Quanto à classificação do delírio, Jaspers (2000) fala de *idéias deliróides* (ou delírio secundário), onde os delírios são originados de uma maneira compreensível, pois estão envolvidos afetos e vivências afetivas que de alguma forma abalam o indivíduo. Mas salienta como delírio verdadeiro as *autênticas idéias delirantes* (ou delírio primário), onde os delírios não fornecem uma base de segmento psicológico e são, fenomenologicamente, algo extremo.

Segundo Jaspers (2000), enquanto um pensamento normal correto surge a partir de experiências normais, uma idéia delirante tem sua fonte na experiência primária, que é fundamentada de forma subjetiva, e é estranha à experiência comum.

Jaspers (2000) enfoca a grande dificuldade existente na compreensão e apreensão das vivências delirantes primárias. Dentro dessa perspectiva, o doente sente, antes de tudo, algo que lhe é estranho, algo que ele pressente. A partir desse pressentimento, tudo adquire uma nova *significação*. Há uma modificação sutil em tudo que o cerca. Jaspers (2000) explica essas modificações dizendo:

Na disposição delirante há sempre algo presente, embora totalmente impreciso, o germe de valor e significação objetivos. Esta disposição delirante geral, sem conteúdo determinado, deve ser insuportável. Os doentes sofrem horrivelmente; e conseguir uma idéia determinada já é como um alívio. (...) Nasce então convicções de determinadas perseguições,

crimes, incriminações ou na direção delirante oposta, convicções de idade de ouro, de elevação divina, santificação, etc (p.121).

Scharfetter (1997) salienta que o delírio pode surgir subitamente, bem como se desenvolver aos poucos, formando-se geralmente a partir do chamado *humor delirante*. O humor delirante engloba um sentimento estranho, que mais parece uma ameaça, como se algo, geralmente ruim, fosse acontecer. É um estado de humor de desconfiança, angústia, susto; de sensação de acometimento de desgraça, para o próprio paciente ou o ambiente que o cerca. A partir do humor delirante, o paciente é possuído por essas sensações, passando a adquirir um *pensamento delirante*. Dada essa construção e instalação do delírio, acontece o que Schafetter chama de *sistema delirante*.

Segundo Jaspers (2000), após esta primeira produção de pensamentos delirantes, o paciente passa, em muitos casos, a manter esses pensamentos como uma verdade absoluta, independente de indícios ou até garantias que venham a mostrar que ele está errado. Esta é a chamada *incorrigibilidade*. O delírio autêntico é incorrigível devido a uma suposta modificação real da personalidade do indivíduo.

Também interessado no verdadeiro motivo da manutenção do delírio, Sims (1995) *apud* Dalgalarondo (2000), fala de alguns fatores envolvidos nesta estabilização, dentre eles:

- a *inércia* no que diz respeito à mudança de idéias e a necessidade de constância dessas idéias com o passar do tempo;
- uma vida enfraquecida e falha em contatos com outras pessoas, isolamento social ou mesmo o fato de não falar a língua dominante do local onde mora;
- um *círculo vicioso*, que faz com que os outros se afastem, em consequência do comportamento agressivo e hostil do paciente e;
- *novas interpretações delirantes* que o paciente pode vir a construir, para que continue se sentindo bem, apesar do afastamento de pessoas que com ele convivem.

Manifestações de vivências delirantes primárias

Segundo Jaspers (2000), qualquer pensamento tem significações. Essa significação adquire um caráter de realidade quando se faz presente no que se percebe. A percepção vem também repleta de significações. As vivências delirantes primárias estão vinculadas justamente a esta visão de significações, pois é esse saber de significações, que se dá de maneira imediata. Para melhor explicitar essas vivências delirantes, Jaspers (2000) fala de três importantes manifestações do delírio. São elas:

1. *Percepções delirantes*

São percepções que vão desde vivências imprecisas e equivocadas de significação até claros delírios de observação e auto-referência. Vivencia-se imediatamente o significado numa percepção que é normal no aspecto sensorial. Segundo Nunes (1976), o paciente vê ou ouve algo com uma percepção normal, sem distorções, mas atribui a essa percepção real um significado anormal.

Uma percepção delirante pode ser identificada, por exemplo, se um paciente, ao caminhar pela rua, passa ao lado de um carro estacionado com uma senhora dentro. De repente, este paciente passa a acreditar que aquela senhora estacionara ali para vigiá-lo.

2. *Representações delirantes*

Essas representações são como novas significações, novas cores, novas lembranças, ou vêm como acontecimentos repentinos. Schneider (1949) *apud* Nunes (1976), preferiu denominar, ao invés de representação, *intuição delirante*. Na intuição delirante, é como se o paciente recebesse “iluminações”. Nesse caso, não existe uma percepção que sirva como ponto de partida para o delírio. Essa representação é direta, vem como uma intuição.

Para melhor exemplificar uma representação delirante, pode-se citar, por exemplo, um paciente que venha enfrentando problemas de relacionamento e, repentinamente, de forma clara e certa, ele conclui que tudo isso tem acontecido por causa de um primo que mora longe, com quem ele sequer mantém contato freqüente. Ele não tem como provar isso, mas tem certeza, pois acredita que essa descoberta se “impôs” a ele como um fato evidente.

3. *Cognições delirantes*

São cognições que têm como característica importante a frequência. Geralmente ocorrem em psicoses agudas, onde o paciente acredita ter um conhecimento de algo sem ter nenhum sinal de clara intuição sensível sobre tal fato. Ou também em vivências concretas vinculadas a essas cognições.

Uma cognição delirante pode ser explicada, por exemplo, se um paciente vê pela televisão que, em sua cidade, estão sendo observados sinais estranhos, que sugerem uma suposta visita de extraterrestres. A cidade está mobilizada para descobrir tal mistério. Neste momento, o paciente sente-se como um extraterrestre, e acredita fazer parte de um grupo de extraterrestres que está invadindo a cidade.

Tipos mais freqüentes de delírio

Paim (1978) apresenta os seguintes tipos de delírio como os mais freqüentes:

→ Delírio de Perseguição

Um dos delírios mais freqüentes, pode iniciar-se de diversas formas. Muitas vezes, surge repentinamente, como se fosse uma inspiração, junto a um sentimento de *certeza subjetiva*. O delírio de perseguição pode se iniciar também de maneira progressiva, tendo como ponto inicial o *humor delirante*. Nesse caso, o paciente passa a sentir uma desconfiança extrema, excessiva, em relação às outras pessoas. E passa também a perceber nos outros sentimentos de hostilidade, hipocrisia, falsidade, etc. Quando esse tipo de delírio encontra-se desenvolvido por inteiro, as pessoas conhecidas – antes era mais freqüente com desconhecidos – passam também a fazer parte dos perseguidores.

De acordo com Dalgarrondo (2000), a perseguição é o tema mais encontrado nos delírios, e entre as queixas dos pacientes, encontram-se, por exemplo, as sensações de que estão querendo prendê-lo, matá-lo, envenená-lo ou até enlouquecê-lo.

→ *Delírio de Relação*

Nesse tipo de delírio, os acontecimentos mais simples e corriqueiros passam a adquirir um significado especial. Desta forma, tudo que acontece no meio exterior passa a ser visto pelo paciente como algo especialmente vinculado a ele. A percepção não é alterada, mas se modifica pela vivência delirante.

Esse delírio mantém, segundo Henry Ey (1997), um caráter menos rígido, e encontra-se presente geralmente em indivíduos tímidos, ansiosos, sensíveis às reações e opiniões dos outros, etc. E é nesse quadro de grande vulnerabilidade que se desencadeia o delírio.

→ *Delírio de Influência*

No delírio de influência, o paciente sente que está sendo vítima de forças, influências externas, como por exemplo, influências de telepatias, de radiação, de choque elétrico. O paciente se refere também a máquinas manipuladas por outras pessoas, que foram criadas e estão sendo utilizadas contra ele.

Henry Ey (1997) afirma que nessa experiência de influência, o doente sente-se submetido a várias comunicações, geralmente de comandos do pensamento. É como se fluidos captassem seu pensamento.

→ *Delírio de Ciúme*

Quando visto como delírio autêntico, manifesta-se em pacientes com esquizofrenia paranóide. Na maioria dos casos, ocorre na forma de delírio de infidelidade conjugal, onde acredita que está sendo enganado, ou que estão tentando enganá-lo. Isso faz com que o paciente passe a vigiar frequentemente seu cônjuge, estando presente uma desconfiança patológica. Frequentemente o paciente identifica como supostos amantes de seu cônjuge as pessoas mais próximas do casal. Esse tipo de delírio geralmente é de natureza violenta.

→ *Delírio de Grandeza*

Esse tipo de delírio pode assumir aspectos que variam de acordo com o paciente, podendo ser, desta forma, dividido em: delírio de grandeza propriamente dito, *delírio ambicioso*, *delírio de riqueza*, *delírio de invenção*, *delírio erótico*, etc.

O *delírio de grandeza* propriamente dito, segundo Paim (1978), faz com que o paciente se sinta superior aos outros nos quesitos inteligência, saúde e força física. No *delírio ambicioso*, o paciente passa a apreciar de forma exagerada sua própria personalidade, sentindo-se superior aos outros. No *delírio de riqueza*, o paciente acredita ter uma fortuna valiosa, ser riquíssimo, proprietário de diversos imóveis, etc. O *delírio de invenção*, menos freqüente, faz com que o paciente acredite ser o inventor de fórmulas, aparelhos, máquinas revolucionárias. O *delírio erótico* pode ser visto como uma variável do delírio ambicioso. No caso do delírio erótico, o paciente acredita estar sendo correspondido no amor que sente por alguém. Desta forma, este paciente acaba por interpretar qualquer olhar, gesto ou palavra deste alguém como provas legítimas de amor a ele.

Sharfetter (1997) observa que o delírio de grandeza propriamente dito surge quase exclusivamente nos homens, enquanto o delírio erótico já é mais freqüente nas mulheres. Já em outros tipos de delírio não foram encontradas observações significativas com respeito ao gênero.

Além dos citados acima, pode-se encontrar na obra de Dalgallarrondo (2000) outros tipos de delírio, que o autor explicou baseando-se também nas propostas de Manfredini (1959). São eles:

→ *Delírio de Reivindicação*

Neste tipo de delírio, o paciente passa a acreditar que é vítima de terríveis injustiças contra ele, acabando por se envolver em disputas legais, brigas intermináveis, etc.

De acordo com Henry Ey (1997), esse delírio é presente em indivíduos geralmente desconfiados, vingativos e de caráter difícil. De forma geral, essas características agrupam-se na chamada *constituição paranóica*, onde estão presentes, por exemplo, o orgulho, o juízo falso e a rigidez psíquica.

→ *Delírio de Reforma*

Nesse delírio, o paciente se sente destinado a salvar, revolucionar o mundo ou a sociedade em que ele vive.

→ *Delírio Místico ou Religioso*

Nesse tipo de delírio, o paciente acredita ser, ou estar em comunhão com líderes religiosos poderosos, um deus, um messias. Sente, desta forma, ter poderes místicos.

→ *Delírios de conteúdo depressivo*

Esse tipo de delírio subdivide-se em: *delírio de ruína*; *delírio de culpa e auto-acusação*; *delírio de negação de órgãos*; e *delírio hipocondríaco*.

De acordo com Dalgalarondo (2000), no *delírio de ruína*, o paciente acredita viver num mundo onde só há tristezas, desgraças, fracassos. O *delírio de culpa e auto-acusação* se caracteriza por um paciente que afirma, convicto, ser uma pessoa indigna, imoral, e responsável por tudo de ruim que acontece em sua volta. No *delírio de negação de órgãos*, o paciente sente alterações profundas em seu corpo, como a falta de um ou mais órgãos, ou até mesmo a sensação de que seu corpo está apodrecendo, ou sendo destruído. No *delírio hipocondríaco*, o paciente crê, com extrema certeza e convicção, que está com alguma doença grave, ou que irá morrer em breve.

→ *Delírio cenestopático*

Neste delírio está presente uma interpretação delirante de sensações corporais, onde o paciente, por exemplo, passa a acreditar na existência de animais ou objetos dentro de seu corpo.

→ *Delírio de infestação*

Neste tipo de delírio, o paciente pode adquirir a sensação de que seu corpo está repleto de pequenos organismos, como insetos, vermes, etc. O delírio pode ser acompanhado por alucinações táteis.

→ *Delírio fantástico ou mitomaniaco*

Este tipo de delírio é caracterizado por um paciente que conta, a maior parte do tempo, histórias que não existem, totalmente fabulosas, sem qualquer senso de crítica.

A visão apresentada por autores de obras psiquiátricas, em geral, apresenta o delírio de uma forma mais específica e descritiva. Todavia seria também interessante observar o delírio de maneira dinâmica, considerando como pontos essenciais as vivências subjetivas na vida do paciente.

Costa (1997) lança uma crítica ao conceito pré-constituído de delírio, como algo que seria apenas o rompimento da relação natural entre as palavras e coisas, onde o delirante se encontraria fora da oportunidade de compartilhar o contato com seu grupo social. O autor defende a necessidade de proceder “a uma análise da referência absoluta, ou seja, daquilo que as sentenças querem dizer” (p. 05).

Desta forma, é possível pensar no delírio não apenas como algo totalmente errante e fora do comum quanto ao juízo. Sim, os juízos podem ser errôneos, mas podem trazer conteúdos que façam sentido ao sujeito quando este é visto de forma global.

O delírio, dentro de uma concepção de tentativa de reconstrução do mundo, não pode ser considerado como algo totalmente desarticulado e sem significados. Seu conteúdo, mesmo que visto como fora de uma lógica comum, com a qual o ser humano considerado “normal” está habituado, pode fazer sentido. É uma reconstrução, é uma nova realidade, mas isso não tem como regra a impossibilidade de uma interpretação, e até mesmo de compreensão do delírio.

III

O PAPEL DO DELÍRIO

O delírio como reconstrução do mundo

O delírio parece funcionar como uma adaptação do indivíduo a uma realidade angustiante, difícil. É por meio do delírio que este indivíduo passa a ver o mundo de maneira modificada, como uma tentativa de restabelecimento, para que ele consiga viver melhor, ou em alguns casos, sobreviver. Não é fácil, e talvez seja até duvidoso, no sentido de proporcionar uma melhora, chegar a um paciente delirante para afirmar que aquilo em que ele acredita não passa de uma ilusão.

Jaspers (2000) pontua:

O seu mundo se transformou na medida em que, nele, ou abrangendo-o, domina um conhecimento transformado da realidade, de sorte que a correção deveria parecer um desmoronamento do próprio ser, assim como realmente é para a consciência do enfermo. O homem não pode crer no que eliminaria a própria existência (p.129).

Segundo Freud (1900), em sua obra *A Interpretação dos Sonhos*, o delírio traz consigo um sentido. O que o faz parecer incompreensível são as suas lacunas. O delírio é como um resultado da censura que não está mais funcionando. Parece ser na hora em que a dor psíquica está em seu auge, que a censura deixa de existir. Neste momento, o delírio pode ser encarado como uma busca pela saída do sofrimento.

Sterian (2001) chama a atenção para o que Freud chamou de *determinismo psíquico* dos sintomas da mente. Esses são sintomas que aparecem a partir de todo um processo dinâmico de estruturação do psiquismo, em meio ao trajeto que o indivíduo percorre em sua vida. Trata-se, nesse caso, de entender o delírio como um sintoma. Então, para entender melhor o que acontece com esses pacientes, devem ser buscadas explicações

tanto em fatores recentemente ocorridos quanto em causas de sua história de vida. A partir deste ponto, Sterian (2001) chama de *fator precipitante* algo que propiciou ou facilitou o aparecimento desses sintomas delirantes. Tomando como exemplo, a autora cita o caso de C., uma paciente com o diagnóstico de esquizofrenia, levantando a hipótese de que o fator precipitante que a levou a uma das internações foi a forma como ela lidou com seu namorado, quando este não a apoiou em uma suspeita de gravidez. Ao invés de ajudá-la, o namorado chegou a dizer que, se houvesse gravidez, o pai não seria ele. Este, no caso, seria o fator precipitante, mas não seria, em absoluto, a única causa dos delírios de C. Uma questão vinculada ao desencadeamento do delírio seria a relação de conflito entre a paciente e sua mãe. Há uma suposta relação entre o fator precipitante e o passado da paciente.

Sterian (2001) levanta como hipótese para a formação de conflitos psíquicos adquiridos por C. algumas situações vividas por ela. Pontua, dentre tais situações, a submissão de C. por sua mãe, ao mesmo tempo em que almejava ter vida própria. Utilizando-se do subterfúgio de engravidar, C. acreditava que conseguiria enfrentar melhor tal situação, já que passaria a dedicar-se também ao filho. Mas não foi isso que aconteceu. A mãe da paciente faleceu tempos depois, o que aumentou ainda mais a culpa sentida por C., que passou a acreditar ser responsável por essa morte. Observando que C. tentava elaborar seu narcisismo por meio da relação terapêutica, Sterian (2001) levantou a hipótese de que C. não tinha, no momento, um ego integrado. Dentre suas observações durante a análise, foi também constatado que, para C., o fato de não ter nascido homem trouxe influências negativas muito fortes em seu psiquismo. Outro dado pertinente na análise de C., é que seus pais demonstravam, além da lástima pela morte de seu irmão, um desejo de ter tido outro filho do sexo masculino, que substituísse o filho morto. A autora ainda ressalta como primeira invasora traumática ao seu psiquismo a enorme excitação decorrente de seu contato com a mãe. “C. aprendeu, portanto, muito cedo a usar o mecanismo de recusa. No entanto, sua manutenção, enquanto modo de ler a realidade, abriu o caminho para a formação de mecanismos psicóticos de se relacionar com o mundo” (p.76). Diante de uma “proposta narcisista” que C. recebia de sua mãe, ao viverem uma relação simbiótica, a paciente acabava por encontrar-se impossibilitada de desenvolver seu psiquismo em direção à fase genital. C., então, não desenvolveu

condições suficientes para fazer uma escolha unificada de objeto. Seu ego estaria, então, desintegrado. O surgimento de um ego integrado, na chamada fase narcísica, não ocorreu. Seu corpo não era reconhecido como um todo. Isso acabava por trazer a C. uma vivência constante de ameaça a sua identidade. C. não podia demonstrar qualquer sentimento ou interesse que a levasse a uma demonstração de existência de vida própria.

A partir do levantamento das hipóteses por Sterian (2001) ressaltadas no caso de C, pode-se começar a entender as mudanças no conteúdo e curso de seu pensamento. C. passou a apresentar um quadro onde se encontravam presentes delírios de perseguição. Imaginando estar sempre abaixo do ideal recomendado por seus pais, C. acabava “se perseguindo” em função de uma culpa desmedida. C. foi também intensamente vigiada pelos pais, em razão de um medo extremo que estes tinham de perdê-la. De uma forma sufocante, C. foi cuidada por sua mãe. Tinha suas vontades atendidas antes mesmo que pedisse. A paciente não adquiriu, portanto, a capacidade de “simbolizar” o que por ela era desejado.

Foram também observados por Sterian (2001), na paciente C., distúrbios da linguagem, da vida afetiva e da sensopercepção. Algumas frases por ela proclamadas “condensam” diversas representações. Deu-se uma substituição da representação de coisa pela representação de palavra. As palavras, nesse caso, não se atrelam ao símbolo de alguma coisa. A autora observou, a partir das histórias que C. contava durante as sessões, que esta apresentava também uma “ambivalência afetiva”, muito comum em pacientes psicóticos. Como foi explicado no primeiro capítulo, a partir da retomada da lei freudiana, quando ocorre a perda da realidade na psicose, essa rejeição da realidade nunca é dada de maneira completa, havendo ainda uma troca libidinal. As novas percepções devem ser adaptadas a essa nova realidade, daí o surgimento de alucinações, também observados na paciente.

Sterian (2001) finaliza o caso de C. ressaltando o desamparo vivenciado no fator precipitante como algo já experimentado pela paciente. Isso ajuda a entender de forma mais clara, como ocorre esta dinâmica onde se desencadeia uma crise delirante.

Tomando como base o *fator precipitante* de Sterian, pode-se observar na obra de Freud (1911) sobre o relato autobiográfico caso do Dr. Schreber, o próprio relato de Schreber, que afirma que nas duas vezes em que sofreu “distúrbios nervosos, ambas

resultaram de excessiva tensão mental” (p. 13). Ele fala de dois momentos de sua vida. No primeiro, Schreber, na profissão de advogado, teve a oportunidade de se apresentar como candidato à eleição para um cargo importante; no segundo momento, teve de assumir novos e grandiosos deveres em sua carreira. Na obra de Schreber infelizmente não se encontram dados suficientes para uma análise de sua história de vida. Porém há condições de deduzir que, em função de uma estrutura frágil, Schreber provavelmente, em algum momento de sua vida, entraria em crise.

Pôde ser observado, no primeiro semestre de 2003, em um estágio realizado pela autora da presente monografia no hospital psiquiátrico CRIEP (Clínica de Referência em Intoxicações e Emergências Psiquiátricas), o quanto o nível de frustração pode ser significativo no desencadeamento de quadros delirantes. A seguir serão relatados alguns casos observados na clínica³. Nos breves relatos seguintes, não foi possível a reconstrução da história clínica como explicitado por Sterian no exemplo de C., mas foi possível observar e levantar algumas hipóteses sobre o fator precipitante verificado no desencadeamento das crises delirantes.

Um dos casos mais marcantes presenciados no CRIEP⁴, foi o do paciente H., que apresentou o desencadeamento de um sistema delirante um mês após o término de seu casamento. Durante o período de internação, o paciente verbalizou sobre o quanto foi traumático o rompimento dessa relação, já que, segundo ele, ambos viviam em um esquema de intensa interdependência. Durante o mês precedente ao delírio, H. deixou de se alimentar, passou a beber diariamente, abandonou o trabalho, chegando a ponto de não conseguir levantar-se da cama. A família, preocupada, foi até sua casa, na intenção de retirá-lo de lá, e isso foi feito. A partir deste momento, o paciente surtou. Sentia-se perseguido por policiais. Em meio a tamanho desespero, H. trancou-se dentro do banheiro de casa e, com uma lâmina de barbear cortou seu pulso de maneira profunda. Afirmou, posteriormente, que “alguém” o incentivara a fazer isso. A família narrou ao psiquiatra responsável pelo caso que H. já havia passado por crises parecidas, mas não tão fortes como esta. Porém foi observado que, em todas as ocasiões antecedentes ao delírio, havia um elevado grau de stress, tristeza, frustração. Superada a crise, H. afirmou que jamais

³ Os casos aqui relatados passaram por supervisão e autorização dos profissionais do CRIEP, para que fosse liberada sua publicação no presente trabalho.

⁴ Importante ressaltar o sigilo nos dados de identificação dos pacientes aqui citados.

pensou em acabar com a própria vida, como parecera. Enfim, H. parecia viver de maneira tranqüila e coerente com a realidade. Porém, diante de grandes frustrações, tudo parecia levá-lo a uma dor imensa, que provavelmente favorecia o desencadeamento do delírio, como se este assumisse o papel de válvula de escape de seu sofrimento.

Essa observação de que H. conseguia viver dentro da sociedade de maneira normal, junto à constatação de alguns funcionários da clínica de que ele tinha enorme inteligência, é um fator relevante. H. possuía habilidades para se comunicar, agradar, cativar qualquer pessoa. Conseguia trabalhar de maneira tranqüila, e inclusive assumiu um papel importante entre os outros pacientes da clínica, pois passou a dar força aos desanimados, conselhos otimistas, além de querer sempre produzir, como desenhar o que dizia sentir. O que poderia ser tão ruim para H. a ponto de modificar toda sua forma de conduzir a vida? O que estaria escondido por trás deste fim de relacionamento, para que fizesse deste paciente alguém tão frágil? E o principal, por que o desencadeamento da crise surgiu neste momento de tamanha dor? Um fator considerável é que seus delírios nunca apareceram em momentos bons de sua vida. Todavia, estão envolvidos aqui mecanismos importantes que se unem à dor desses momentos em sua vida. Sua estrutura frágil

é claro, abriu portas aos delírios. O fator desencadeante, apesar de sua extrema importância, não foi capaz de, por si só, provocar um quadro delirante. Esse desencadeamento provavelmente se deu a partir da correlação entre este fator e a trajetória e construção da subjetividade de H.

F., sexo masculino, chegou à clínica com diagnóstico de psicose não- orgânica não-especificada. Nos momentos em que se manifestava o delírio, F. afirmava que sua mãe era injusta por tê-lo internado na clínica apenas pelo fato dele ter querido “benzê-la, para que ela não caísse tanto da escada”. F “sentia” que tinha como missão proteger sua mãe, “orar por ela dia e noite”, pois suas orações tinham um efeito curativo sobre a mãe. Seu discurso era quase totalmente vinculado a questões religiosas. O que se soube na época da internação de F. é que sua mãe já não agüentava mais os delírios do filho. Chegou a comentar com alguns funcionários da clínica que estava sendo impossível a convivência com ele, inclusive pela falta de afinidade entre ambos, desde a infância de F. Este, talvez para se “proteger” desta sensação de rejeição por parte da mãe, pode ter

encontrado nos delírios uma explicação para o que na verdade ele encarava como um “dom”. Desta forma, o paciente conseguia ver a mãe como alguém ignorante, que não era capaz de perceber suas habilidades de cura por meio de orações. Ou seja, para F. era mais fácil acreditar que sua mãe o internou por ignorância, mas jamais por falta de amor.

Também no CRIEP foi observada a paciente A., com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, apresentando vivências delirantes a maior parte do tempo. Dizia sentir uma alegria intensa, vinculada à idéia de que foi “salva”, “curada”, por alguns funcionários da clínica e por Deus. Gostava de abraçar e beijar as pessoas, chegando até mesmo a se emocionar, afirmando que estava muito feliz com a presença de todos ao seu redor. Porém, quando se apresentava depressiva, acreditava estar perto do dia em que morreria, ou dizia ser uma pessoa muito má, denominando-se de “cobra”, afirmando ser perversa com quem atravessasse seu caminho. Observou-se, nesta paciente, um aumento na frequência e gravidade dos delírios, cada vez que seu marido prometia telefonar ou visitá-la na clínica, e isso não acontecia. A expectativa da presença do marido parecia desorganizar a estrutura já fragilizada de A., mesmo quando esta apresentava um grau de melhora ou estabilização de sua doença. Esses delírios de A. pioravam de forma repentina, mas geralmente após as decepções com o marido. Esta não era a única causa aflitiva para a paciente, e infelizmente não se pôde ter acesso a sua história de vida, para enfim saber como foi formada sua estrutura psíquica. Este aqui apresentado foi um dos fatores precipitantes observados com maior frequência, mas certamente seria necessário saber de sua estruturação psíquica para ter uma noção maior da verdadeira função de seus delírios.

Casos como estes parecem fornecer indícios de que a dor e a frustração estão vinculadas de maneira íntima ao delírio, este surgindo como uma tentativa de evitação do sofrimento, mesmo que seus temas e personagens sejam, muitas vezes, desagradáveis ao paciente.

Souza (1999) traz esta questão da fantasia delirante colocando em pauta que, diante do vazio do Outro – que passa a ser percebido como mau e opressor –, da sensação de falta de proteção, do real traumático, o sujeito passa a ter que escolher entre aniquilar-se ou reconstruir seu mundo. E o delírio é tido exatamente como “trabalho de reconstrução do mundo, trabalho feito de amor e ódio, trabalho de ligação, movimento de atar e desatar” (p.103). E esse delírio, quando bem construído, pode trazer até uma visão do

Outro como amigo. Souza exemplifica esta questão com a fala de uma paciente delirante, que disse: “Foi na época em que eu estava mais precisando de alguém que as vozes vieram” (p.103). Nesse caso, parece que o delírio conseguiu fornecer à paciente um tipo de reconstrução em que houvesse uma adaptação mais facilitada à realidade.

O que o delírio quer dizer?

Quanto ao conteúdo do delírio, parece imprescindível que se valorize o que é dito pelo paciente. Checchinato (1998) enfatiza esta questão ao falar das *manifestações produtivas* da loucura quando se valorizam, no delírio do paciente, os investimentos que este faz com a palavra.

Costa (1997) conclui, de maneira contínua a esta afirmação, que o mundo novo criado pelo delirante não apresenta como característica apenas palavras vazias. A análise de sua fala acaba por comprovar nesse discurso uma qualidade inovadora, mesmo que passageira. Isso significa, então, que “esse mundo necessita ser reafirmado e reconstruído incessantemente através de uma fala principalmente declarativa e não apenas assertiva como poderia crer a análise estrita dos juízos” (p.141). Isso mostra a dificuldade, ou até mesmo a impossibilidade de se estudar o delírio apoiando-se apenas na razão, no sentido lógico.

Sobreira (1980) tece um comentário bastante pertinente ao estudo em questão. Ressalta que o discurso do dito louco, ou seja, o discurso do delirante não segue uma linearidade. O caminho de compreensão é de difícil acesso. Isso, em virtude do condicionamento a uma lógica cartesiana, formal. Essa lógica dos “normais” certamente dificulta o entendimento do que o paciente delirante quer dizer. Mas isso não condiz, de forma alguma, com a falsa idéia de que o delirante é apenas alguém de fala desconexa, e sem significado algum.

Desta forma, é interessante averiguar que, num discurso delirante, é essencial a observação do que o paciente quer realmente dizer, a partir da qualificação de sua fala, e não o mero julgamento a respeito da coerência de suas palavras.

A fala do delirante, mesmo que desorganizada, é a solução que este encontrou para amenizar seu sofrimento. E no espaço encontrado na análise, por meio da transferência, o paciente pode adquirir essa oportunidade. De acordo com Batista & Soares (1981), durante a análise, o paciente “vai tecendo o fio de sua história, sem garantias, mas em busca de algo que lhe ofereça um lugar. Trata-se de busca de uma subjetivação possível, para além do lugar de simples objeto” (p. 32). É um pedido de socorro.

Lacan (1955) salienta que pode haver clareza e ordem no discurso do delirante, porém deve-se investigar o que são exatamente essa clareza e ordem; deve-se estar atento às noções que estão em pauta, como o pensamento, o querer e a ação. E sintetiza:

Que diz o sujeito afinal de contas, sobretudo num certo período de seu delírio? Que há significação. Qual, ele não o sabe, mas ela vem no primeiro plano, ela se impõe, e para ele ela é perfeitamente compreensível. (...) Ela se situa no plano da compreensão como fenômeno incompreensível. (...) Ainda quando o que se compreende não é nem mesmo ser articulado, denominado, inserido pelo sujeito que o explicita, isso já se situa no plano da compreensão. Trata-se de coisas que em si mesmas já se fazem compreender (p.30).

O saber ouvir

É no saber ouvir que se pode chegar ao verdadeiro sentido do delírio. Ouvir de uma forma completa, atenta, sem julgamentos. Ouvir no sentido de acolher o paciente.

Segundo Souza (1999), esse acolher é também uma forma de se disponibilizar a aprender com o paciente. Este, ao falar, pede cumplicidade, pede compreensão e respeito. Quando sente que está de fato sendo acolhido, é que o paciente pode falar sem pudor, pode falar o que, em outros lugares, não teria oportunidade de dizer, nem seria aceito. Neste contexto, o terapeuta ouve, torna-se cúmplice. Interpreta, dá sentido, sem, no entanto, querer influenciar, manipular.

Freud (1937) acredita, no estudo que faz a respeito do delírio, que seria valioso o trabalho em que se abandonasse o “vão esforço de convencer o paciente do erro de seu delírio e de sua contradição da realidade.” (p.303) Ao contrário disso, seria mais

produtivo, segundo Freud, reconhecer o *núcleo de verdade* presente no discurso do delirante.

Quando se fala do papel do terapeuta, Cromberg (2000) afirma que, quando há fragilidade egóica, na transferência de pacientes que tiveram que constatar de alguma maneira que a realidade foi violenta com eles, deve-se criar o novo, jamais vivido, o mundo de fantasia. E a partir desta construção é que se dá a diferenciação entre fantasia e realidade. Salienta também que o analista deve sacrificar seu narcisismo, utilizando-se de suas sensações vinculadas à contra-transferência para, só assim, poder interpretar o que se passa com seu paciente como um todo.

Sterian (2001) afirma que, na análise de um paciente delirante, o terapeuta adquire o dever de “juntar as peças do quebra-cabeça” que representa sua vida naquele momento:

É o trabalho da elaboração secundária, do pensamento consciente, que pode permitir juntar as peças e fazer ligações para atribuir-lhes um sentido. (...) Partindo deste pressuposto, busca-se descobrir as falhas na comunicação: no discurso do paciente, em sua história de vida e na observação da dinâmica de suas relações para, a partir delas, descobrir o material rejeitado e tentar estabelecer a comunicação. No trabalho com o paciente, é na relação com o terapeuta onde a rejeição fica mais evidente (p. 140).

Aulagnier (1979) *apud* Sterian (2001) confirma a importância dessa “reconstituição” da história do paciente. Isso faz com que o paciente passe a ter condições de adquirir sua própria identidade, reconhecendo-se como sujeito e, conseqüentemente, reconhecendo suas próprias necessidades.

Vale ressaltar que o trabalho do analista não é baseado em técnicas organizadas nem tampouco discursos prontos a respeito dos pacientes psicóticos. De acordo com Freitas & Rabelo (1981), a psicanálise ultrapassa esse ideal tecnicista, já que o terapeuta interessa-se, acima de tudo, pela singularidade de cada paciente. Ou seja, o analista não detém o saber absoluto capaz de solucionar o sofrimento em questão. A habilidade do terapeuta deve ir além da teoria, já que é impossível a certeza das respostas que virão

durante o tratamento. Desta forma, o “ato analítico só se justifica enquanto aposta no surgimento de um saber que concerne ao próprio sujeito. É necessário produzir uma interrogação” (p. 31).

A partir da atitude de servir por parte do analista, o delirante pode construir uma metáfora com a qual ele consiga sobreviver. O delírio, mesmo que não desapareça de forma definitiva, poderá ser reconstruído de uma forma que dê sustentação, e ajude o paciente a conviver com o que, para ele, é insuportável.

CONCLUSÃO

O percurso aqui realizado teve como objetivo esclarecer pontos importantes a respeito do que é a psicose, como ela se estrutura, bem como o que é delírio e seu papel. Mas, acima de tudo, houve a intenção de esclarecer que o delírio não pode ser considerado um pensamento meramente desorganizado, por fazer parte dos pensamentos de alguém que certamente está “louco”. Essa concepção, extremamente simplista e incompleta, apenas abrevia e também impede o longo caminho que pode ser percorrido em prol de um conhecimento mais amplo a respeito do que é o delírio e sua principal função.

Encarar o delírio a partir dessa concepção simplista pode acarretar uma enorme dificuldade de descobrir quão rico é o seu conteúdo. O delírio não aparece em um indivíduo sem ter uma base fundamentada em toda uma história de vida. O indivíduo que se sente obrigado a “pedir socorro” por meio de seus delírios, certamente não encontrou solução fácil para lidar com sua dor. Por ter uma estrutura psíquica frágil, pode-se supor que nele tenha falido a *Lei da Simbolização*. Esse processo, a *forclusão*, é a responsável pela estruturação psicótica no indivíduo, ou seja, é a responsável por toda a desorganização psíquica deste, que perde seu rumo, sentindo-se inquieto, perdido, angustiado. Sua personalidade é modificada.

O delírio aparece justamente nesse momento de dor. Aparece para modificar a realidade que, para o indivíduo, não está sendo suportada. O delírio passa a ter função de adaptador, fazendo com que o indivíduo se ajuste a um mundo que antes era complicado, e difícil de sobreviver. Ou seja, o delírio modifica a visão que o indivíduo tem deste mundo para que, desta forma, passem a existir melhores condições de convivência com essa realidade.

O analista tem aqui a função de saber ouvir o seu paciente delirante, sem a pré-concepção de que aquilo que ele diz nada mais são que palavras soltas. A partir dessas palavras ditas pelo paciente, o terapeuta vai procurar descobrir exatamente o que Freud (1937) chamou de *núcleo de verdade*. Ou seja, o sentido que pode existir nesse delírio, o porquê de seu surgimento.

Durante as sessões de análise, e também em contextos institucionais, o terapeuta pode adquirir condições de reconstituir a história de vida de seu paciente, e a

partir de então poder construir hipóteses acerca do que é dito. Por meio dessas hipóteses – importante ressaltar que não são certezas – o terapeuta pode obter melhor entendimento sobre o papel do delírio naquele indivíduo, podendo também trabalhar com esse paciente a melhor maneira deste perceber o que se passa com ele.

É importante que o terapeuta domine todo esse processo de formação de uma estrutura psicótica. Deve também possuir um entendimento amplo e detalhado do que é o delírio, bem como a dinâmica inserida num quadro delirante, para que, assim, possa encontrar melhores formas de lidar com seu paciente. Adequado lembrar que, mesmo possuindo esse saber, o terapeuta não é, de modo algum, superior ao seu paciente, no sentido de dominar todo o conhecimento sobre aquele que ele atende. Colocando-se no lugar de alguém que deve ouvir, e tem muito a aprender, é mais fácil que este terapeuta consiga ajudar seu paciente.

Todo esse trabalho na terapia certamente pode ser longo, árduo. Mas os principais pontos a serem valorizados são os ganhos que o paciente delirante pode adquirir durante essa jornada. Mesmo que seu delírio não desapareça de maneira definitiva, o paciente terá a possibilidade de se entender melhor, se aceitar melhor, confiar mais em si mesmo, e a partir de então, adquirir melhores condições de conviver com seu delírio. A principal meta de terapeuta e paciente neste âmbito passa a ser a redução da dor de sobreviver numa realidade que antes era certamente cruel.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batista, L. B. D. & Soares, C. A. (1996, dezembro). Psicologia e Psiquiatria: Interação na Instituição Pública. *Cadernos de Psicologia – Vol. IV – Nº 5*, 31-33.
- Calligaris, C. (1989). *Introdução a uma Clínica Diferencial das Psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Checchinato, D., Sobrinho, O. R.; Steffen, R., Souza Filho, A. (1988). *A Clínica da Psicose*. São Paulo: Papirus.
- Costa, A. B. C. (1997). *Delírio e Linguagem: Três Ensaios sobre Psicose e Referência*. Tese de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Cromberg, R. U. (2000). *Paranóia: Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dalgalarrrondo, P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Dor, J. (1995). *Introdução à Leitura de Lacan – Vol.II*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Freitas, H. M. F. & Rabelo, C. P. (1996, dezembro). Residência em Saúde Mental: Que questões uma enfermagem Psiquiátrica coloca para o Psicólogo. *Cadernos de Psicologia – Vol. IV – Nº 5*, 44-46.
- Freud, S. (1923-1925) *O Ego e o Id – Vol. XIX*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1937-1939). *Moisés e o monoteísmo; Esboço de Psicanálise – Vol. XXIII*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1969). *Interpretação dos Sonhos – Vol. I*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1998). *O Caso Schreber: Notas Psicanalíticas sobre um relato Autobiográfico de um Caso de Paranóia (Dementia Paranoides)*. Rio de Janeiro: Imago.

Jaspers, K. (2000). *Psicopatologia Geral – Vol. I*. São Paulo: Atheneu.

Lacan, J. (1955-1956). *O Seminário: As Psicoses - Livro 3*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (1998). *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Nunes, P. E. (1976). *Obsessão e Delírio: Neurose e Psicose*. Rio de Janeiro: Imago.

Oliveira, R. (2001). *Análise Psicológica – nº3, série XIX*, 399-415.

Paim, I. (1978). *Curso de Psicopatologia*. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas LTDA.

Scharfetter, C. H. (1997). *Introdução à Psicopatologia Geral*. Lisboa: Climepsi Editores.

Sobreira, C. (1981, janeiro). O Histórico Histérico da Loucura, ou A História Estéril da Loucura ou, realmente, A História é uma Estória. *Psicologia em Curso – Vol. II – Nº 5*, 25-31.

Souza, N. S. (1999) *A Psicose: Um Estudo Lacaniano*. Rio de Janeiro: Revinter.

Sterian, A. (2001). *Esquizofrenia: Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

O presente trabalho adota como proposta o estudo sobre o delírio, bem como o desencadeamento de um sistema delirante e a sua principal função. A ênfase aqui é voltada para o delírio como uma tentativa de reconstrução do mundo, a partir de uma realidade enfrentada com dificuldade pelo indivíduo. O delírio, além de tentativa de reconstrução, é também um “grito de socorro”, pois quer dizer algo, mesmo que de forma desorganizada, com a intenção de proporcionar ao indivíduo delirante uma oportunidade de adaptação ao que não parece fácil em sua vida.

Um ponto de partida essencial para o tema, devendo ser abordado no primeiro capítulo, é a formação da estrutura psicótica, e mecanismos fundamentais acerca desta questão. Serão discutidas as principais formas de abordagem de pesquisa a respeito da psicose. A obra de Freud é de grande importância neste contexto, pois em 1894 foi feita por ele uma primeira distinção entre psicose e neurose. Porém Freud apenas introduziu o estudo da psicose, dedicando-se de maneira limitada ao tema. Foi apenas em 1953 que Lacan retomou as questões abordadas por Freud, passando a destrinchar o assunto de forma minuciosa.

A partir da perspectiva teórica de diversos autores, principalmente Freud e Lacan, conceitos essenciais sobre a psicose serão aqui revisados, dentre eles a importância das três instâncias do psiquismo: Imaginário, Simbólico e Real; como também o Significante Nome-do-Pai e a Metáfora Paterna; e a Forclusão deste significante.

O estudo dos conceitos citados é fundamental neste trabalho, pois é a partir da compreensão de como é formada uma estrutura psicótica que se pode começar a entender e tentar construir hipóteses sobre o desencadeamento de um quadro delirante no sujeito. O delírio, ao contrário de suposições leigas, não aparece subitamente, sem qualquer explicação. Há sempre algo que o causou, algo que incitou o seu aparecimento. E há também uma estrutura frágil por trás disso. O sujeito, antes de delirar, enfrenta algo muitas vezes obscuro, indecifrável. Porém mesmo diante desse mistério, o que se pode perceber é que há sofrimento, uma dor da qual o indivíduo não consegue se livrar.

No segundo capítulo, o enfoque será dado ao delírio propriamente dito, abordando-se os principais conceitos a respeito deste, bem como sua origem, suas subdivisões, principais características, tipos de manifestações e tipos mais frequentes. Enfim, o capítulo será destinado a uma revisão bibliográfica a respeito do delírio de uma forma global. A maioria dos autores de obras de psicopatologia geral e manuais de psiquiatria concorda em diversos pontos, quando

afirma que o delírio é o conjunto de falsos juízos, que acabam por desorganizar a mente do sujeito. Esta conceituação de delírio enfoca de forma apenas descritiva o que é, na verdade, algo complexo. Assim, torna-se necessário questionar a limitação de conceitos como este, já que a definição do que é o delírio pode ser seguramente mais ampla. Quando observado de forma dinâmica, o delírio pode trazer consigo segredos a partir dos quais consegue-se adquirir maior entendimento a respeito de sua origem e função. Segredos muitas vezes jamais descobertos, porém sempre afrontados com afincos, na intenção de amenizar o que parece intolerável ao delirante.

O terceiro capítulo será destinado a reflexões acerca do tema principal, ou seja, quais as verdadeiras funções do delírio, qual o momento em que o sujeito pode se encontrar prestes ao desencadeamento de uma crise delirante, o que esse delírio pode trazer de mudanças na vida deste indivíduo, tanto negativas como positivas. Serão expostos e comentados trechos de delírios em pacientes em crise. Esses trechos podem apresentar questões importantes da história de vida dos pacientes, conferindo a eles uma frágil estrutura psíquica, bem como os supostos fatores desencadeantes de seu delírio, e a forma com que cada um lida com suas dores.

Será discutida a importância de estar atento ao que o delírio quer dizer, ou seja, a sua verdadeira função. Para isso, é imprescindível que o terapeuta saiba ouvir o que o paciente delirante fala. Ouvir num sentido amplo, onde o terapeuta acolhe, respeita e dá sentido às palavras do paciente. No trabalho de análise, o terapeuta ajuda seu paciente, que tem seu ego fragmentado, a reconstruir sua história, tendo como objetivo que este passe a se entender melhor, e a se reconhecer como alguém inteiro.

O delírio em certos pacientes pode parecer, muitas vezes, coerente e sensato, mesmo quando comparado a atitudes e pensamentos de pessoas que estão dentro de um quadro aparente de “normalidade”. Não seria esta mais uma pista de que o delírio não pode ser considerado uma mera alteração do juízo? Esta é uma questão complexa, porém extremamente estimulante. Leva a pensar que há algo muito complicado envolvido no aparecimento de um quadro delirante. Este algo pode dar sentido aos questionamentos a respeito do que pode parecer, muitas vezes, um pensamento vago, bizarro.

O estudo das questões acima citadas tem um valor indiscutível quando se trata de cuidar de um indivíduo que delira. O paciente delirante precisa ser acolhido para conseguir encontrar, em meio aos seus delírios, algo que o garanta apoio, funcionando como uma espécie

de ponte para o caminho da descoberta da melhor maneira de conviver com sua dor. A partir desse estudo, o analista poderá encontrar oportunidade de aproximar-se do que acontece dentro da mente de um paciente delirante, para enfim, obter êxito na escolha da melhor forma de lidar com seu paciente.

I

PSICOSE

Segundo Checchinato (1998), foi a partir dos anos 50 que os psicanalistas voltaram-se ao tratamento da psicose. O modelo clínico mais importante, utilizado como referência em diversos outros estudos sobre a psicose, foi a análise do caso do Presidente Schereber, efetuada por Freud. Outra publicação, também de extrema importância, foi o seminário de Lacan sobre “As Psicoses”, no ano de 1955/56.

A psicose pode ser entendida, em princípio, a partir da concepção de rejeição da realidade, mecanismo de defesa chamado por Freud de *Verwerfung*, e da conseqüente construção de uma nova realidade, o delírio.

Dalgalarro (2000) afirma que essa perda de contato com a realidade como característica central da psicose é enfatizada pelos autores de orientação psicodinâmica. Nessa perspectiva, o princípio pelo qual o psicótico passa a ser regido é o princípio do prazer e do narcisismo.

De acordo com Freud (1924), na psicose, o ego se distancia da realidade, em função do Id. Freud (1924) discerne nesse processo duas etapas:

a primeira arrastaria o ego para longe, desta vez para longe da realidade(...) O segundo passo da psicose destina-se a reparar a perda da realidade, contudo, não às expensas de uma restrição do id, senão de outra maneira, pela criação de uma nova realidade que não levanta mais as mesmas objeções que a antiga, que foi abandonada. Essa transformação da realidade é executada sobre os precipitados psíquicos de antigas relações com ela (p. 231).

Essa relação, segundo Freud (1924), é sempre enriquecida, e se modifica de acordo com novas percepções. Porém as paramnésias, delírios e alucinações que ocorrem podem causar muita aflição. Isso sugere que essas mudanças não ocorrem de maneira simples, já que o fragmento de realidade rejeitado se impõe à mente constantemente, e de forma violenta. Diante

disso, o delírio pode ser visto, então, como um sintoma que aparece em consequência de uma realidade que se torna insuportável para o indivíduo.¹

Imaginário, Simbólico e Real

Um tema de extrema relevância para o entendimento da formação de uma estrutura psicótica, introduzido por Lacan no ano de 1974/75, é o estudo de três instâncias essenciais pertencentes ao psiquismo: *Imaginário, Simbólico e Real*.

Dor (1995) realiza um estudo e interpretação interessante da leitura de Lacan, o que permite um entendimento conciso de como funcionam esses três registros. Segundo Dor, a interação entre essas três instâncias encontra-se vinculada à estruturação da subjetividade do indivíduo.

O início dessa situação *imaginária* é citado por Dor (1995) como uma “relação de indistinção funcional, onde a criança é engajada em uma dinâmica desejante alienada ao desejo da mãe, já que está especialmente identificada com seu falo” (p.11).

Sobrinho (1988) considera esta questão discutindo a função materna. Afirma, dentro de uma perspectiva aberta por Lacan, que a relação entre mãe e filho, vinculada ao desamparo, é consolidada de acordo com a necessidade e o desejo. Assim, a função da mãe se baseia tanto na profundidade física quanto simbólica da criança. Essa relação, baseada no imediatismo, é também imaginária, onde mãe e criança se confundem. O desejo da criança, condenado à mediação da palavra, tem seu estatuto no outro. E nessa relação, a mãe ocupa o lugar de Outro absoluto.

Segundo Sobrinho, (1988) o reconhecimento da própria imagem no espelho passa a implicar para essa criança perceber também a imagem e o desejo do outro. Partindo dessa afirmação, é necessário observar que Lacan (1949) de fato ressalta o *estádio do espelho* como formador da função do Eu. Lacan compreende esse estágio como uma identificação. O sujeito assume essa identificação, ou seja, ele assume uma imagem, onde a *imago* passa a estabelecer uma relação entre o organismo e a realidade. Nesse ponto, o sujeito assume uma identidade alienante. Logo, segundo Lacan (1949), o momento onde se firma o estágio do espelho

¹Essa questão será comentada com maior profundidade no capítulo seguinte.

“inaugura, pela identificação com a *imago* do semelhante e pelo drama do ciúme primordial, a dialética que desde então liga o [eu] a situações socialmente elaboradas” (p.101).

Sobrinho (1988) afirma que esse reconhecimento de si acaba por alienar o sujeito na sua imagem. A partir dessa alienação, a criança passa a ter o *falo* como objeto imaginário, devendo se identificar com esse objeto para satisfazer o desejo da mãe. Esse é o ponto de reconhecimento do objeto de desejo da mãe.

Dor (1995) coloca esta mesma questão salientando que essa interação do desejo entre a mãe e a criança, diz respeito à *falta*. Ou seja, a mãe, vista como faltante, pode ser preenchida pelo objeto do desejo que lhe falta. Essa visão é, logicamente, imaginária. É neste contexto que surge o *falo*, objeto também imaginário, capaz de preencher essa falta. Esse triângulo entre mãe, criança e falo representa esse espaço do *registro imaginário*, que Dor (1995) explicita da seguinte forma:

Identificando-se imaginariamente com o objeto de desejo da mãe, o desejo da criança já se realiza como desejo do desejo. A estruturação dinâmica do desejo do sujeito como desejo de desejo do Outro encontra, deste modo, seu ponto de ancoragem nesse processo originário de identificação com o falo imaginário (p. 12).

Dor (1995) salienta que o fato do pai ser um pólo de atração para o desejo da mãe, mostra que a criança não é tudo para esta mãe. Nessa relação passa a entrar o pai, sob a influência da realidade.

Seguindo ainda a linha de organização de Dor, pode-se perceber que aparece então uma *prescrição simbólica* na estruturação dessa criança, que significa que é do pai que a mãe espera conseguir o objeto que lhe falta. O *registro simbólico* se constitui quando se firma então essa nova correlação entre o pai e a mãe. A criança já não se identifica mais com o objeto de desejo da mãe, e passa a ver o pai como o que tem o falo e pode dá-lo á mãe. Sobre essa substituição, Sobrinho (1988) afirma que a criança é retirada dessa relação imaginária com a mãe a partir da existência da *Lei da substituição*, onde ocorre a substituição desse desejo pelo *nome*

do-pai.² A partir dessa intervenção, há uma identificação com o pai, o que leva à formação do ideal do ego.

O *Simbólico* e o *Imaginário* são, segundo Dor (1995), interligados pelo *Real*. Pode-se passar de um ao outro de maneira contínua.

É importante observar que o *Real* não é o mesmo que *realidade*. O *Real* é algo interno, um registro do psiquismo que tem como principal característica o fato de não se deixar simbolizar. A *realidade* se faz a partir de algo externo, da percepção do indivíduo.

Souza (1999) afirma, baseada no conceito de realidade de Freud e no *Real* de Lacan, que a realidade psíquica é preenchida pelos desejos e fantasias do sujeito; é um centro onde habita o desejo. Essa realidade se dá de acordo com a articulação que existe entre o simbólico e o imaginário, num jogo de significantes. Já no registro do *Real*, não há lógica, nem articulação, nem mobilidade. O *Real* trata-se do “gozo, nome próprio de uma satisfação paradoxal que sempre e nunca satisfaz, satisfação aberrante, heterogênea à homeostase prazer-desprazer, atravessada pela categoria do impossível” (p. 40).

Significante Nome-do-Pai e Metáfora Paterna

Lacan (1956) afirma que o fenômeno psicótico é a emergência de uma significação na realidade. Essa significação, porém, jamais entrou no sistema da simbolização. Quanto ao processo de simbolização, são temas importantes no estudo das psicoses o *significante nome-do-pai* e a *metáfora paterna*. Lacan (1957/58) cria os termos para explicar a relação do sujeito com o significante.

Souza (1999), retomando Lacan, salienta que o *significante nome-do-pai* – pai simbólico – dá suporte à função simbólica, sendo esse suporte essencial na operação da metáfora paterna, que ordena uma estrutura onde o indivíduo é assujeitado à lei simbólica e a seus desdobramentos imaginários.

Em outras palavras, Dor (1995) traduz o *significante nome-do-pai* como um movimento que vai do espaço imaginário ao simbólico. Segundo Dor, esse movimento tem a ver com a circulação do objeto fálico, onde é introduzido o falo simbólico. Esse objeto tem a função

² A importância do *significante nome-do-pai* na organização da psicose será discutida no tópico seguinte.

de determinar qual o verdadeiro lugar do objeto do desejo da mãe, permitindo que a criança passe do estado de *assujeitado* ao de sujeito. Ou seja, a criança se torna sujeito, e já não ocupa mais o lugar de primeira identificação imaginária com o objeto de desejo da mãe.

Souza (1999) cita a função fálica como principal consequência da metáfora paterna. O falo em sua vertente imaginária se configura como objeto de desejo do outro. É o efeito de castração imaginária que atribui ao Outro um corpo e uma falta. Assim, o falo é o significado do desejo.

O pai, nesse contexto, entra para fazer o corte entre mãe e filho. Um corte que é essencial, pois dá fim a essa relação que ainda é simbiótica no primeiro ano da criança. Souza (1999) salienta esta questão da seguinte forma:

O pai separa da mãe o filho apontando para ambos um alhures onde acera o desejo, um desejo para além da mãe e do filho. Essa é a lei do pai, lei da castração e do desejo que vincula num destino indissociável desejo e lei. (...) O pai, com sua lei, interdita, separa, veta o gozo absoluto, impossibilitando a plenitude, ao mesmo tempo em que liga o sujeito à vida. (p. 12)

Foraclusão

Quando a função paterna não se realiza, ou seja, quando o pai – que não é o pai Real – não faz esse corte, pode-se dizer que o simbólico ficou prejudicado. De acordo com Souza (1999), a não realização dessa função pode ser considerada uma catástrofe, pois é exatamente quando o *nome-do-pai* é chamado e não responde, que a psicose se forma. Em seu lugar, responde um buraco no outro. Isso porque ocorreu o que Lacan (1957/58) denominou *foraclusão do nome-do-pai*, termo escolhido para traduzir a *Verwerfung* freudiana.

A *Verwerfung*, citada por Freud pela primeira vez em 1894, é explicada por Checchinato (1988), que retomando Lacan, a descreveu como “algo que não é admitido a título dos significantes primordiais, e isso tem por efeito a constituição de um buraco no simbólico” (p. 15). Checchinato (1988) fala que esse buraco se abre no momento em que o sujeito percebe a falta do significante. Esse é o momento da separação na relação entre significado e aparelho

significante. Isso implica em fenômenos onde se decompõe o discurso interior, havendo uma linguagem cada vez mais carente de significação. O equilíbrio do sujeito entra em fragilidade, e ele agora passa a ser guiado pelo registro do imaginário.

O desencadeamento dessa crise, segundo Calligaris (1989), é vinculado ao fato do sujeito necessitar ter como referência uma “amarragem central”, que é paterna. Amarragem esta que não foi simbolizada na psicose. A problemática da psicose se encontra na referência impossível a este nome não simbolizado.

A falência dessa lei da simbolização, a forclusão, é a responsável pela psicose, trazendo diversas consequências ao indivíduo. Consequências certamente difíceis, dolorosas. É como se essa pessoa perdesse seu rumo, seu referencial, surgindo dentro dele, então, uma profunda inquietação, um sofrimento, uma angústia que parece interminável.

Oliveira (2001) descreve essa perturbação presente no indivíduo psicótico como uma ferida profunda em sua personalidade. Essa ferida é provocada de maneira intensa e absoluta, repleta de particularidades. Encontra-se prejudicada a capacidade de comunicação do paciente, bem como o seu modo de apreensão do real, e a maneira de lidar com situações sociais, envolvendo passado, presente e futuro.

Interessante a forma como Souza (1999) descreve essas consequências penosas ao indivíduo psicótico: “É assim que, na última ausência dessa lei (da simbolização), surpreendemos a inquietação dos corpos e o tumulto das falas – corpos que pedem definição e falas pelo absoluto das certezas contraditórias, corpos e falas testemunhos da errância do sujeito.” (p.16).

Esta tamanha inquietação dos corpos e tumulto das falas parece testemunhar não somente a errância do sujeito, mas uma tentativa de organização. Nesta tentativa pode estar envolvido, mesmo que de maneira sutil, um pedido de ajuda, em vista do desespero de alguém que busca encontrar uma janela, uma saída, que proporcione algum alívio a essa dor e angústia.

II

DELÍRIO

De acordo com Jaspers (2000), o delírio exerce função fundamental na psicopatologia, e seu conceito não pode ser dado por encerrado considerando-se apenas uma única definição.

Dalgallarrondo (2000) se refere ao delírio como uma *construção*, que é elaborada a partir de uma *tentativa de organização* da mente. Essa tentativa esforçada aparece em função de uma necessidade de reorganizar o aparelho psíquico, que se encontra em confusão.

Para um melhor entendimento do que é o delírio, Jaspers (2000) afirma que este só aparece onde se pensa e se julga. Assim, *idéias delirantes* são juízos errados, falsos, de uma forma patológica. Esses juízos falsos possuem algumas características:

- 1) Uma convicção absoluta, aderindo a esses falsos juízos com uma *certeza subjetiva* e incontestável;
- 2) Uma *impossibilidade de influência* mesmo por parte da experiência e de raciocínios sensatos, concisos;
- 3) Uma *impossibilidade* do conteúdo.

Henri Ey (1981) parece ir um pouco mais além em sua teoria, pois afirma que não se pode entender por *idéia delirante* apenas as crenças e concepções que aparecem na ficção do sujeito delirante. Assim, não se pode tomar como certa a concepção de *idéia delirante* apenas como um simples erro de julgamento. Muito mais que isto, o delírio engloba diversos fenômenos ideoafetivos, dentre eles ilusões, intuições, interpretações, alucinações, etc. O delírio, dentro desta perspectiva, não é algo acidental. Tem, sim, uma ligação estreita e permanente que une o sujeito ao seu mundo.

Seguindo entre as tentativas de compreensão do delírio, Lopes (1982) apresenta a *idéia delirante* em sua obra como uma mudança radical do funcionamento do psiquismo, que acaba por trazer uma necessidade que sustente esta mudança, no caso o delírio. Para que ocorra

esta mudança, há uma influência do estado afetivo. O delírio, neste caso, aparece em um quadro característico de alguma vivência patológica.

Scharfetter (1997) aponta o delírio como “a convicção privada e privativa, determinante da vida, por parte de uma pessoa, sobre si mesmo e seu mundo” (p.214). Desta forma, quer dizer que o delírio é na verdade um *saber*, que, para o paciente, é como algo absolutamente verídico, não necessitando de qualquer fundamento ou explicação que comprove esta veracidade. Esta convicção privada do delírio, acaba, infelizmente, por isolar o doente delirante do seu mundo, o que traz a ele alienação.

Origem e manutenção do delírio

De acordo com Dalgalarrrondo (2000), os delírios podem se estruturar de maneira *simples*, com idéias desenvolvidas em torno de um só conteúdo; *complexa*, englobando vários temas e facetas ; *não-sistematizada*, sem tema consistente e de conteúdo variante; e *sistematizada*, com boa organização, temas duradouros e persistentes.

Essa estruturação depende de mecanismos constitutivos que influenciam a formação do delírio. Apesar de um certo cuidado da psicopatologia ao tratar desse assunto, em função da pouca consistência das evidências, Dalgalarrrondo (2000) cita como principais mecanismos:

- *Interpretação (Delírio Interpretativo)*: mecanismo geralmente freqüente na formação de todos os tipos de delírio. O delírio que, em sua maior parte é interpretativo, respeita uma certa lógica, não aparentando total repugnância à verdade.
- *Intuição (Delírio Intuitivo)*: nesse caso, o indivíduo intui o delírio, e isso ocorre subitamente, sem nenhuma fundamentação que leve à verossimilhança deste delírio.
- *Imaginação (Delírio Imaginativo)*: mecanismo também freqüente na formação da maioria dos delírios. Nesse caso, o indivíduo imagina algo, e a partir daí constrói seu delírio.
- *Afetividade (Delírio Catatímico)*: o delírio, nesse caso, se desenvolve em estados afetivos intensos, como depressões graves ou estado de mania.

- *Memória (Delírio Mnêmico)*: nesse mecanismo, elementos da memória, falsos ou verdadeiros, constituem uma dimensão delirante.
- *Alteração da Consciência (Delírio Onírico)*: nesse caso, o delírio vem associado à turvação da consciência, ou seja, quando a consciência se encontra em estado alterado, como em situações de grande ansiedade, vivências oníricas, etc.
- *Alterações Sensoperceptivas (Delírio Alucinatório)*: o delírio, neste contexto, surge a partir de vivências alucinatórias.

Quanto à classificação do delírio, Jaspers (2000) fala de *idéias deliróides* (ou delírio secundário), onde os delírios são originados de uma maneira compreensível, pois estão envolvidos afetos e vivências afetivas que de alguma forma abalam o indivíduo. Mas salienta como delírio verdadeiro as *autênticas idéias delirantes* (ou delírio primário), onde os delírios não fornecem uma base de segmento psicológico e são, fenomenologicamente, algo extremo.

Segundo Jaspers (2000), enquanto um pensamento normal correto surge a partir de experiências normais, uma idéia delirante tem sua fonte na experiência primária, que é fundamentada de forma subjetiva, e é estranha à experiência comum.

Jaspers (2000) enfoca a grande dificuldade existente na compreensão e apreensão das vivências delirantes primárias. Dentro dessa perspectiva, o doente sente, antes de tudo, algo que lhe é estranho, algo que ele pressente. A partir desse pressentimento, tudo adquire uma nova *significação*. Há uma modificação sutil em tudo que o cerca. Jaspers (2000) explica essas modificações dizendo:

Na disposição delirante há sempre algo presente, embora totalmente impreciso, o germe de valor e significação objetivos. Esta disposição delirante geral, sem conteúdo determinado, deve ser insuportável. Os doentes sofrem horrivelmente; e conseguir uma idéia determinada já é como um alívio. (...) Nascem então convicções de determinadas perseguições, crimes, incriminações ou na direção delirante oposta, convicções de idade de ouro, de elevação divina, santificação, etc (p.121).

Scharfetter (1997) salienta que o delírio pode surgir subitamente, bem como se desenvolver aos poucos, formando-se geralmente a partir do chamado *humor delirante*. O humor delirante engloba um sentimento estranho, que mais parece uma ameaça, como se algo, geralmente ruim, fosse acontecer. É um estado de humor de desconfiança, angústia, susto; de sensação de acometimento de desgraça, para o próprio paciente ou o ambiente que o cerca. A partir do humor delirante, o paciente é possuído por essas sensações, passando a adquirir um *pensamento delirante*. Dada essa construção e instalação do delírio, acontece o que Schafetter chama de *sistema delirante*.

Segundo Jaspers (2000), após esta primeira produção de pensamentos delirantes, o paciente passa, em muitos casos, a manter esses pensamentos como uma verdade absoluta, independente de indícios ou até garantias que venham a mostrar que ele está errado. Esta é a chamada *incorrigibilidade*. O delírio autêntico é incorrigível devido a uma suposta modificação real da personalidade do indivíduo.

Também interessado no verdadeiro motivo da manutenção do delírio, Sims (1995) *apud* Dalgalarrodo (2000), fala de alguns fatores envolvidos nesta estabilização, dentre eles:

- a *inércia* no que diz respeito à mudança de idéias e a necessidade de constância dessas idéias com o passar do tempo;
- uma vida enfraquecida e falha em contatos com outras pessoas, isolamento social ou mesmo o fato de não falar a língua dominante do local onde mora;
- um *círculo vicioso*, que faz com que os outros se afastem, em consequência do comportamento agressivo e hostil do paciente e;
- *novas interpretações delirantes* que o paciente pode vir a construir, para que continue se sentindo bem, apesar do afastamento de pessoas que com ele convivem.

Manifestações de vivências delirantes primárias

Segundo Jaspers (2000), qualquer pensamento tem significações. Essa significação adquire um caráter de realidade quando se faz presente no que se percebe. A percepção vem também repleta de significações. As vivências delirantes primárias estão vinculadas justamente a

esta visão de significações, pois é esse saber de significações, que se dá de maneira imediata. Para melhor explicitar essas vivências delirantes, Jaspers (2000) fala de três importantes manifestações do delírio. São elas:

1. *Percepções delirantes*

São percepções que vão desde vivências imprecisas e equivocadas de significação até claros delírios de observação e auto-referência. Vivencia-se imediatamente o significado numa percepção que é normal no aspecto sensorial. Segundo Nunes (1976), o paciente vê ou ouve algo com uma percepção normal, sem distorções, mas atribui a essa percepção real um significado anormal.

Uma percepção delirante pode ser identificada, por exemplo, se um paciente, ao caminhar pela rua, passa ao lado de um carro estacionado com uma senhora dentro. De repente, este paciente passa a acreditar que aquela senhora estacionara ali para vigiá-lo.

2. *Representações delirantes*

Essas representações são como novas significações, novas cores, novas lembranças, ou vêm como acontecimentos repentinos. Schneider (1949) *apud* Nunes (1976), preferiu denominar, ao invés de representação, *intuição delirante*. Na intuição delirante, é como se o paciente recebesse “iluminações”. Nesse caso, não existe uma percepção que sirva como ponto de partida para o delírio. Essa representação é direta, vem como uma intuição.

Para melhor exemplificar uma representação delirante, pode-se citar, por exemplo, um paciente que venha enfrentando problemas de relacionamento e, repentinamente, de forma clara e certa, ele conclui que tudo isso tem acontecido por causa de um primo que mora longe, com quem ele sequer mantém contato freqüente. Ele não tem como provar isso, mas tem certeza, pois acredita que essa descoberta se “impôs” a ele como um fato evidente.

3. *Cognições delirantes*

São cognições que têm como característica importante a freqüência. Geralmente ocorrem em psicoses agudas, onde o paciente acredita ter um conhecimento de algo sem ter nenhum sinal de clara intuição sensível sobre tal fato. Ou também em vivências concretas vinculadas a essas cognições.

Uma cognição delirante pode ser explicada, por exemplo, se um paciente vê pela televisão que, em sua cidade, estão sendo observados sinais estranhos, que sugerem uma suposta visita de extraterrestres. A cidade está mobilizada para descobrir tal mistério. Neste momento, o paciente sente-se como um extraterrestre, e acredita fazer parte de um grupo de extraterrestres que está invadindo a cidade.

Tipos mais freqüentes de delírio

Paim (1978) apresenta os seguintes tipos de delírio como os mais freqüentes:

→ Delírio de Perseguição

Um dos delírios mais freqüentes, pode iniciar-se de diversas formas. Muitas vezes, surge repentinamente, como se fosse uma inspiração, junto a um sentimento de *certeza subjetiva*. O delírio de perseguição pode se iniciar também de maneira progressiva, tendo como ponto inicial o *humor delirante*. Nesse caso, o paciente passa a sentir uma desconfiança extrema, excessiva, em relação às outras pessoas. E passa também a perceber nos outros sentimentos de hostilidade, hipocrisia, falsidade, etc. Quando esse tipo de delírio encontra-se desenvolvido por inteiro, as pessoas conhecidas – antes era mais freqüente com desconhecidos – passam também a fazer parte dos perseguidores.

De acordo com Dalgalarrrondo (2000), a perseguição é o tema mais encontrado nos delírios, e entre as queixas dos pacientes, encontram-se, por exemplo, as sensações de que estão querendo prendê-lo, matá-lo, envenená-lo ou até enlouquecê-lo.

→ Delírio de Relação

Nesse tipo de delírio, os acontecimentos mais simples e corriqueiros passam a adquirir um significado especial. Desta forma, tudo que acontece no meio exterior passa a ser visto pelo paciente como algo especialmente vinculado a ele. A percepção não é alterada, mas se modifica pela vivência delirante.

Esse delírio mantém, segundo Henry Ey (1997), um caráter menos rígido, e encontra-se presente geralmente em indivíduos tímidos, ansiosos, sensíveis às reações e opiniões dos outros, etc. E é nesse quadro de grande vulnerabilidade que se desencadeia o delírio.

→ *Delírio de Influência*

No delírio de influência, o paciente sente que está sendo vítima de forças, influências externas, como por exemplo, influências de telepatias, de radiação, de choque elétrico. O paciente se refere também a máquinas manipuladas por outras pessoas, que foram criadas e estão sendo utilizadas contra ele.

Henry Ey (1997) afirma que nessa experiência de influência, o doente sente-se submetido a várias comunicações, geralmente de comandos do pensamento. É como se fluidos captassem seu pensamento.

→ *Delírio de Ciúme*

Quando visto como delírio autêntico, manifesta-se em pacientes com esquizofrenia paranóide. Na maioria dos casos, ocorre na forma de delírio de infidelidade conjugal, onde acredita que está sendo enganado, ou que estão tentando enganá-lo. Isso faz com que o paciente passe a vigiar frequentemente seu cônjuge, estando presente uma desconfiança patológica. Frequentemente o paciente identifica como supostos amantes de seu cônjuge as pessoas mais próximas do casal. Esse tipo de delírio geralmente é de natureza violenta.

→ *Delírio de Grandeza*

Esse tipo de delírio pode assumir aspectos que variam de acordo com o paciente, podendo ser, desta forma, dividido em: delírio de grandeza propriamente dito, *delírio ambicioso*, *delírio de riqueza*, *delírio de invenção*, *delírio erótico*, etc.

O *delírio de grandeza* propriamente dito, segundo Paim (1978), faz com que o paciente se sinta superior aos outros nos quesitos inteligência, saúde e força física. No *delírio ambicioso*, o paciente passa a apreciar de forma exagerada sua própria personalidade, sentindo-se superior aos outros. No *delírio de riqueza*, o paciente acredita ter uma fortuna valiosa, ser riquíssimo, proprietário de diversos imóveis, etc. O *delírio de invenção*, menos frequente, faz com que o paciente acredite ser o inventor de fórmulas, aparelhos, máquinas revolucionárias. O

delírio erótico pode ser visto como uma variável do delírio ambicioso. No caso do delírio erótico, o paciente acredita estar sendo correspondido no amor que sente por alguém. Desta forma, este paciente acaba por interpretar qualquer olhar, gesto ou palavra deste alguém como provas legítimas de amor a ele.

Sharfetter (1997) observa que o delírio de grandeza propriamente dito surge quase exclusivamente nos homens, enquanto o delírio erótico já é mais freqüente nas mulheres. Já em outros tipos de delírio não foram encontradas observações significativas com respeito ao gênero.

Além dos citados acima, pode-se encontrar na obra de Dalgalarondo (2000) outros tipos de delírio, que o autor explicou baseando-se também nas propostas de Manfredini (1959). São eles:

→ *Delírio de Reivindicação*

Neste tipo de delírio, o paciente passa a acreditar que é vítima de terríveis injustiças contra ele, acabando por se envolver em disputas legais, brigas intermináveis, etc.

De acordo com Henry Ey (1997), esse delírio é presente em indivíduos geralmente desconfiados, vingativos e de caráter difícil. De forma geral, essas características agrupam-se na chamada *constituição paranóica*, onde estão presentes, por exemplo, o orgulho, o juízo falso e a rigidez psíquica.

→ *Delírio de Reforma*

Nesse delírio, o paciente se sente destinado a salvar, revolucionar o mundo ou a sociedade em que ele vive.

→ *Delírio Místico ou Religioso*

Nesse tipo de delírio, o paciente acredita ser, ou estar em comunhão com líderes religiosos poderosos, um deus, um messias. Sente, desta forma, ter poderes místicos.

→ *Delírios de conteúdo depressivo*

Esse tipo de delírio subdivide-se em: *delírio de ruína*; *delírio de culpa e auto-acusação*; *delírio de negação de órgãos*; e *delírio hipocondríaco*.

De acordo com Dalgalarondo (2000), no *delírio de ruína*, o paciente acredita viver num mundo onde só há tristezas, desgraças, fracassos. O *delírio de culpa e auto-acusação* se caracteriza por um paciente que afirma, convicto, ser uma pessoa indigna, imoral, e responsável por tudo de ruim que acontece em sua volta. No *delírio de negação de órgãos*, o paciente sente alterações profundas em seu corpo, como a falta de um ou mais órgãos, ou até mesmo a sensação de que seu corpo está apodrecendo, ou sendo destruído. No *delírio hipocondríaco*, o paciente crê, com extrema certeza e convicção, que está com alguma doença grave, ou que irá morrer em breve.

→ *Delírio cenestopático*

Neste delírio está presente uma interpretação delirante de sensações corporais, onde o paciente, por exemplo, passa a acreditar na existência de animais ou objetos dentro de seu corpo.

→ *Delírio de infestação*

Neste tipo de delírio, o paciente pode adquirir a sensação de que seu corpo está repleto de pequenos organismos, como insetos, vermes, etc. O delírio pode ser acompanhado por alucinações táteis.

→ *Delírio fantástico ou mitomaníaco*

Este tipo de delírio é caracterizado por um paciente que conta, a maior parte do tempo, histórias que não existem, totalmente fabulosas, sem qualquer senso de crítica.

A visão apresentada por autores de obras psiquiátricas, em geral, apresenta o delírio de uma forma mais específica e descritiva. Todavia seria também interessante observar o delírio de maneira dinâmica, considerando como pontos essenciais as vivências subjetivas na vida do paciente.

Costa (1997) lança uma crítica ao conceito pré-constituído de delírio, como algo que seria apenas o rompimento da relação natural entre as palavras e coisas, onde o delirante se encontraria fora da oportunidade de compartilhar o contato com seu grupo social. O autor

defende a necessidade de proceder “a uma análise da referência absoluta, ou seja, daquilo que as sentenças querem dizer” (p. 05).

Desta forma, é possível pensar no delírio não apenas como algo totalmente errante e fora do comum quanto ao juízo. Sim, os juízos podem ser errôneos, mas podem trazer conteúdos que façam sentido ao sujeito quando este é visto de forma global.

O delírio, dentro de uma concepção de tentativa de reconstrução do mundo, não pode ser considerado como algo totalmente desarticulado e sem significados. Seu conteúdo, mesmo que visto como fora de uma lógica comum, com a qual o ser humano considerado “normal” está habituado, pode fazer sentido. É uma reconstrução, é uma nova realidade, mas isso não tem como regra a impossibilidade de uma interpretação, e até mesmo de compreensão do delírio.

III

O PAPEL DO DELÍRIO

O delírio como reconstrução do mundo

O delírio parece funcionar como uma adaptação do indivíduo a uma realidade angustiante, difícil. É por meio do delírio que este indivíduo passa a ver o mundo de maneira modificada, como uma tentativa de restabelecimento, para que ele consiga viver melhor, ou em alguns casos, sobreviver. Não é fácil, e talvez seja até duvidoso, no sentido de proporcionar uma melhora, chegar a um paciente delirante para afirmar que aquilo em que ele acredita não passa de uma ilusão.

Jaspers (2000) pontua:

O seu mundo se transformou na medida em que, nele, ou abrangendo-o, domina um conhecimento transformado da realidade, de sorte que a correção deveria parecer um desmoronamento do próprio ser, assim como realmente é para a consciência do enfermo. O homem não pode crer no que eliminaria a própria existência (p.129).

Segundo Freud (1900), em sua obra *A Interpretação dos Sonhos*, o delírio traz consigo um sentido. O que o faz parecer incompreensível são as suas lacunas. O delírio é como um resultado da censura que não está mais funcionando. Parece ser na hora em que a dor psíquica está em seu auge, que a censura deixa de existir. Neste momento, o delírio pode ser encarado como uma busca pela saída do sofrimento.

Sterian (2001) chama a atenção para o que Freud chamou de *determinismo psíquico* dos sintomas da mente. Esses são sintomas que aparecem a partir de todo um processo dinâmico de estruturação do psiquismo, em meio ao trajeto que o indivíduo percorre em sua vida. Trata-se, nesse caso, de entender o delírio como um sintoma. Então, para entender melhor o que acontece com esses pacientes, devem ser buscadas explicações tanto em fatores recentemente ocorridos quanto em causas de sua história de vida. A partir deste ponto, Sterian (2001) chama de *fator*

precipitante algo que propiciou ou facilitou o aparecimento desses sintomas delirantes. Tomando como exemplo, a autora cita o caso de C., uma paciente com o diagnóstico de esquizofrenia, levantando a hipótese de que o fator precipitante que a levou a uma das internações foi a forma como ela lidou com seu namorado, quando este não a apoiou em uma suspeita de gravidez. Ao invés de ajudá-la, o namorado chegou a dizer que, se houvesse gravidez, o pai não seria ele. Este, no caso, seria o fator precipitante, mas não seria, em absoluto, a única causa dos delírios de C. Uma questão vinculada ao desencadeamento do delírio seria a relação de conflito entre a paciente e sua mãe. Há uma suposta relação entre o fator precipitante e o passado da paciente.

Sterian (2001) levanta como hipótese para a formação de conflitos psíquicos adquiridos por C. algumas situações vividas por ela. Pontua, dentre tais situações, a submissão de C. por sua mãe, ao mesmo tempo em que almejava ter vida própria. Utilizando-se do subterfúgio de engravidar, C. acreditava que conseguiria enfrentar melhor tal situação, já que passaria a dedicar-se também ao filho. Mas não foi isso que aconteceu. A mãe da paciente faleceu tempos depois, o que aumentou ainda mais a culpa sentida por C., que passou a acreditar ser responsável por essa morte. Observando que C. tentava elaborar seu narcisismo por meio da relação terapêutica, Sterian (2001) levantou a hipótese de que C. não tinha, no momento, um ego integrado. Dentre suas observações durante a análise, foi também constatado que, para C., o fato de não ter nascido homem trouxe influências negativas muito fortes em seu psiquismo. Outro dado pertinente na análise de C., é que seus pais demonstravam, além da lástima pela morte de seu irmão, um desejo de ter tido outro filho do sexo masculino, que substituísse o filho morto. A autora ainda ressalta como primeira invasora traumática ao seu psiquismo a enorme excitação decorrente de seu contato com a mãe. “C. aprendeu, portanto, muito cedo a usar o mecanismo de recusa. No entanto, sua manutenção, enquanto modo de ler a realidade, abriu o caminho para a formação de mecanismos psicóticos de se relacionar com o mundo” (p.76). Diante de uma “proposta narcisista” que C. recebia de sua mãe, ao viverem uma relação simbiótica, a paciente acabava por encontrar-se impossibilitada de desenvolver seu psiquismo em direção à fase genital. C., então, não desenvolveu condições suficientes para fazer uma escolha unificada de objeto. Seu ego estaria, então, desintegrado. O surgimento de um ego integrado, na chamada fase narcísica, não ocorreu. Seu corpo não era reconhecido como um todo. Isso acabava por trazer a C. uma vivência constante de ameaça a sua identidade. C. não podia demonstrar qualquer sentimento ou interesse que a levasse a uma demonstração de existência de vida própria.

A partir do levantamento das hipóteses por Sterian (2001) ressaltadas no caso de C, pode-se começar a entender as mudanças no conteúdo e curso de seu pensamento. C. passou a apresentar um quadro onde se encontravam presentes delírios de perseguição. Imaginando estar sempre abaixo do ideal recomendado por seus pais, C. acabava “se perseguindo” em função de uma culpa desmedida. C. foi também intensamente vigiada pelos pais, em razão de um medo extremo que estes tinham de perdê-la. De uma forma sufocante, C. foi cuidada por sua mãe. Tinha suas vontades atendidas antes mesmo que pedisse. A paciente não adquiriu, portanto, a capacidade de “simbolizar” o que por ela era desejado.

Foram também observados por Sterian (2001), na paciente C., distúrbios da linguagem, da vida afetiva e da sensopercepção. Algumas frases por ela proclamadas “condensam” diversas representações. Deu-se uma substituição da representação de coisa pela representação de palavra. As palavras, nesse caso, não se atrelam ao símbolo de alguma coisa. A autora observou, a partir das histórias que C. contava durante as sessões, que esta apresentava também uma “ambivalência afetiva”, muito comum em pacientes psicóticos. Como foi explicado no primeiro capítulo, a partir da retomada da lei freudiana, quando ocorre a perda da realidade na psicose, essa rejeição da realidade nunca é dada de maneira completa, havendo ainda uma troca libidinal. As novas percepções devem ser adaptadas a essa nova realidade, daí o surgimento de alucinações, também observados na paciente.

Sterian (2001) finaliza o caso de C. ressaltando o desamparo vivenciado no fator precipitante como algo já experimentado pela paciente. Isso ajuda a entender de forma mais clara, como ocorre esta dinâmica onde se desencadeia uma crise delirante.

Tomando como base o *fator precipitante* de Sterian, pode-se observar na obra de Freud (1911) sobre o relato autobiográfico caso do Dr. Schreber, o próprio relato de Schreber, que afirma que nas duas vezes em que sofreu “distúrbios nervosos, ambas resultaram de excessiva tensão mental” (p. 13). Ele fala de dois momentos de sua vida. No primeiro, Schreber, na profissão de advogado, teve a oportunidade de se apresentar como candidato à eleição para um cargo importante; no segundo momento, teve de assumir novos e grandiosos deveres em sua carreira. Na obra de Schreber infelizmente não se encontram dados suficientes para uma análise de sua história de vida. Porém há condições de deduzir que, em função de uma estrutura frágil, Schreber provavelmente, em algum momento de sua vida, entraria em crise.

Pôde ser observado, no primeiro semestre de 2003, em um estágio realizado pela autora da presente monografia no hospital psiquiátrico CRIEP (Clínica de Referência em Intoxicações e Emergências Psiquiátricas), o quanto o nível de frustração pode ser significativo no desencadeamento de quadros delirantes. A seguir serão relatados alguns casos observados na clínica³. Nos breves relatos seguintes, não foi possível a reconstrução da história clínica como explicitado por Sterian no exemplo de C., mas foi possível observar e levantar algumas hipóteses sobre o fator precipitante verificado no desencadeamento das crises delirantes.

Um dos casos mais marcantes presenciados no CRIEP⁴, foi o do paciente H., que apresentou o desencadeamento de um sistema delirante um mês após o término de seu casamento. Durante o período de internação, o paciente verbalizou sobre o quanto foi traumático o rompimento dessa relação, já que, segundo ele, ambos viviam em um esquema de intensa interdependência. Durante o mês precedente ao delírio, H. deixou de se alimentar, passou a beber diariamente, abandonou o trabalho, chegando a ponto de não conseguir levantar-se da cama. A família, preocupada, foi até sua casa, na intenção de retirá-lo de lá, e isso foi feito. A partir deste momento, o paciente surtou. Sentia-se perseguido por policiais. Em meio a tamanho desespero, H. trancou-se dentro do banheiro de casa e, com uma lâmina de barbear cortou seu pulso de maneira profunda. Afirmou, posteriormente, que “alguém” o incentivara a fazer isso. A família narrou ao psiquiatra responsável pelo caso que H. já havia passado por crises parecidas, mas não tão fortes como esta. Porém foi observado que, em todas as ocasiões antecedentes ao delírio, havia um elevado grau de stress, tristeza, frustração. Superada a crise, H. afirmou que jamais pensou em acabar com a própria vida, como parecera. Enfim, H. parecia viver de maneira tranqüila e coerente com a realidade. Porém, diante de grandes frustrações, tudo parecia levá-lo a uma dor imensa, que provavelmente favorecia o desencadeamento do delírio, como se este assumisse o papel de válvula de escape de seu sofrimento.

Essa observação de que H. conseguia viver dentro da sociedade de maneira normal, junto à constatação de alguns funcionários da clínica de que ele tinha enorme inteligência, é um fator relevante. H. possuía habilidades para se comunicar, agradar, cativar qualquer pessoa. Conseguia trabalhar de maneira tranqüila, e inclusive assumiu um papel importante entre os outros pacientes da clínica, pois passou a dar força aos desanimados, conselhos otimistas, além de

³ Os casos aqui relatados passaram por supervisão e autorização dos profissionais do CRIEP, para que fosse liberada sua publicação no presente trabalho.

⁴ Importante ressaltar o sigilo nos dados de identificação dos pacientes aqui citados.

querer sempre produzir, como desenhar o que dizia sentir. O que poderia ser tão ruim para H. a ponto de modificar toda sua forma de conduzir a vida? O que estaria escondido por trás deste fim de relacionamento, para que fizesse deste paciente alguém tão frágil? E o principal, por que o desencadeamento da crise surgiu neste momento de tamanha dor? Um fator considerável é que seus delírios nunca apareceram em momentos bons de sua vida. Todavia, estão envolvidos aqui mecanismos importantes que se unem à dor desses momentos em sua vida. Sua estrutura frágil é claro, abriu portas aos delírios. O fator desencadeante, apesar de sua extrema importância, não foi capaz de, por si só, provocar um quadro delirante. Esse desencadeamento provavelmente se deu a partir da correlação entre este fator e a trajetória e construção da subjetividade de H.

F., sexo masculino, chegou à clínica com diagnóstico de psicose não- orgânica não-especificada. Nos momentos em que se manifestava o delírio, F. afirmava que sua mãe era injusta por tê-lo internado na clínica apenas pelo fato dele ter querido “benzê-la, para que ela não caísse tanto da escada”. F “sentia” que tinha como missão proteger sua mãe, “orar por ela dia e noite”, pois suas orações tinham um efeito curativo sobre a mãe. Seu discurso era quase totalmente vinculado a questões religiosas. O que se soube na época da internação de F. é que sua mãe já não agüentava mais os delírios do filho. Chegou a comentar com alguns funcionários da clínica que estava sendo impossível a convivência com ele, inclusive pela falta de afinidade entre ambos, desde a infância de F. Este, talvez para se “proteger” desta sensação de rejeição por parte da mãe, pode ter encontrado nos delírios uma explicação para o que na verdade ele encarava como um “dom”. Desta forma, o paciente conseguia ver a mãe como alguém ignorante, que não era capaz de perceber suas habilidades de cura por meio de orações. Ou seja, para F. era mais fácil acreditar que sua mãe o internou por ignorância, mas jamais por falta de amor.

Também no CRIEP foi observada a paciente A., com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, apresentando vivências delirantes a maior parte do tempo. Dizia sentir uma alegria intensa, vinculada à idéia de que foi “salva”, “curada”, por alguns funcionários da clínica e por Deus. Gostava de abraçar e beijar as pessoas, chegando até mesmo a se emocionar, afirmando que estava muito feliz com a presença de todos ao seu redor. Porém, quando se apresentava depressiva, acreditava estar perto do dia em que morreria, ou dizia ser uma pessoa muito má, denominando-se de “cobra”, afirmando ser perversa com quem atravessasse seu caminho. Observou-se, nesta paciente, um aumento na frequência e gravidade dos delírios, cada vez que seu marido prometia telefonar ou visitá-la na clínica, e isso não acontecia. A expectativa

da presença do marido parecia desorganizar a estrutura já fragilizada de A., mesmo quando esta apresentava um grau de melhora ou estabilização de sua doença. Esses delírios de A. pioravam de forma repentina, mas geralmente após as decepções com o marido. Esta não era a única causa aflitiva para a paciente, e infelizmente não se pôde ter acesso a sua história de vida, para enfim saber como foi formada sua estrutura psíquica. Este aqui apresentado foi um dos fatores precipitantes observados com maior frequência, mas certamente seria necessário saber de sua estruturação psíquica para ter uma noção maior da verdadeira função de seus delírios.

Casos como estes parecem fornecer indícios de que a dor e a frustração estão vinculadas de maneira íntima ao delírio, este surgindo como uma tentativa de evitação do sofrimento, mesmo que seus temas e personagens sejam, muitas vezes, desagradáveis ao paciente.

Souza (1999) traz esta questão da fantasia delirante colocando em pauta que, diante do vazio do Outro – que passa a ser percebido como mau e opressor –, da sensação de falta de proteção, do real traumático, o sujeito passa a ter que escolher entre aniquilar-se ou reconstruir seu mundo. E o delírio é tido exatamente como “trabalho de reconstrução do mundo, trabalho feito de amor e ódio, trabalho de ligação, movimento de atar e desatar” (p.103). E esse delírio, quando bem construído, pode trazer até uma visão do Outro como amigo. Souza exemplifica esta questão com a fala de uma paciente delirante, que disse: “Foi na época em que eu estava mais precisando de alguém que as vozes vieram” (p.103). Nesse caso, parece que o delírio conseguiu fornecer à paciente um tipo de reconstrução em que houvesse uma adaptação mais facilitada à realidade.

O que o delírio quer dizer?

Quanto ao conteúdo do delírio, parece imprescindível que se valorize o que é dito pelo paciente. Checchinato (1998) enfatiza esta questão ao falar das *manifestações produtivas* da loucura quando se valorizam, no delírio do paciente, os investimentos que este faz com a palavra.

Costa (1997) conclui, de maneira contínua a esta afirmação, que o mundo novo criado pelo delirante não apresenta como característica apenas palavras vazias. A análise de sua fala acaba por comprovar nesse discurso uma qualidade inovadora, mesmo que passageira. Isso

significa, então, que “esse mundo necessita ser reafirmado e reconstruído incessantemente através de uma fala principalmente declarativa e não apenas assertiva como poderia crer a análise estrita dos juízos” (p.141). Isso mostra a dificuldade, ou até mesmo a impossibilidade de se estudar o delírio apoiando-se apenas na razão, no sentido lógico.

Sobreira (1980) tece um comentário bastante pertinente ao estudo em questão. Ressalta que o discurso do dito louco, ou seja, o discurso do delirante não segue uma linearidade. O caminho de compreensão é de difícil acesso. Isso, em virtude do condicionamento a uma lógica cartesiana, formal. Essa lógica dos “normais” certamente dificulta o entendimento do que o paciente delirante quer dizer. Mas isso não condiz, de forma alguma, com a falsa idéia de que o delirante é apenas alguém de fala desconexa, e sem significado algum.

Desta forma, é interessante averiguar que, num discurso delirante, é essencial a observação do que o paciente quer realmente dizer, a partir da qualificação de sua fala, e não o mero julgamento a respeito da coerência de suas palavras.

A fala do delirante, mesmo que desorganizada, é a solução que este encontrou para amenizar seu sofrimento. E no espaço encontrado na análise, por meio da transferência, o paciente pode adquirir essa oportunidade. De acordo com Batista & Soares (1981), durante a análise, o paciente “vai tecendo o fio de sua história, sem garantias, mas em busca de algo que lhe ofereça um lugar. Trata-se de busca de uma subjetivação possível, para além do lugar de simples objeto” (p. 32). É um pedido de socorro.

Lacan (1955) salienta que pode haver clareza e ordem no discurso do delirante, porém deve-se investigar o que são exatamente essa clareza e ordem; deve-se estar atento às noções que estão em pauta, como o pensamento, o querer e a ação. E sintetiza:

Que diz o sujeito afinal de contas, sobretudo num certo período de seu delírio? Que há significação. Qual, ele não o sabe, mas ela vem no primeiro plano, ela se impõe, e para ele ela é perfeitamente compreensível. (...) Ela se situa no plano da compreensão como fenômeno incompreensível. (...) Ainda quando o que se compreende não é nem mesmo ser articulado, denominado, inserido pelo sujeito que o explicita, isso já se situa no plano da compreensão. Trata-se de coisas que em si mesmas já se fazem compreender (p.30).

O saber ouvir

É no saber ouvir que se pode chegar ao verdadeiro sentido do delírio. Ouvir de uma forma completa, atenta, sem julgamentos. Ouvir no sentido de acolher o paciente.

Segundo Souza (1999), esse acolher é também uma forma de se disponibilizar a aprender com o paciente. Este, ao falar, pede cumplicidade, pede compreensão e respeito. Quando sente que está de fato sendo acolhido, é que o paciente pode falar sem pudor, pode falar o que, em outros lugares, não teria oportunidade de dizer, nem seria aceito. Neste contexto, o terapeuta ouve, torna-se cúmplice. Interpreta, dá sentido, sem, no entanto, querer influenciar, manipular.

Freud (1937) acredita, no estudo que faz a respeito do delírio, que seria valioso o trabalho em que se abandonasse o “vão esforço de convencer o paciente do erro de seu delírio e de sua contradição da realidade.” (p.303) Ao contrário disso, seria mais produtivo, segundo Freud, reconhecer o *núcleo de verdade* presente no discurso do delirante.

Quando se fala do papel do terapeuta, Cromberg (2000) afirma que, quando há fragilidade egóica, na transferência de pacientes que tiveram que constatar de alguma maneira que a realidade foi violenta com eles, deve-se criar o novo, jamais vivido, o mundo de fantasia. E a partir desta construção é que se dá a diferenciação entre fantasia e realidade. Salienta também que o analista deve sacrificar seu narcisismo, utilizando-se de suas sensações vinculadas à contra-transferência para, só assim, poder interpretar o que se passa com seu paciente como um todo.

Sterian (2001) afirma que, na análise de um paciente delirante, o terapeuta adquire o dever de “juntar as peças do quebra-cabeça” que representa sua vida naquele momento:

É o trabalho da elaboração secundária, do pensamento consciente, que pode permitir juntar as peças e fazer ligações para atribuir-lhes um sentido. (...) Partindo deste pressuposto, busca-se descobrir as falhas na comunicação: no discurso do paciente, em sua história de vida e na observação da dinâmica de suas relações para, a partir delas, descobrir o material rejeitado e tentar estabelecer a comunicação. No trabalho com o paciente, é na relação com o terapeuta onde a rejeição fica mais evidente (p. 140).

Aulagnier (1979) *apud* Sterian (2001) confirma a importância dessa “reconstituição” da história do paciente. Isso faz com que o paciente passe a ter condições de adquirir sua própria identidade, reconhecendo-se como sujeito e, conseqüentemente, reconhecendo suas próprias necessidades.

Vale ressaltar que o trabalho do analista não é baseado em técnicas organizadas nem tampouco discursos prontos a respeito dos pacientes psicóticos. De acordo com Freitas & Rabelo (1981), a psicanálise ultrapassa esse ideal tecnicista, já que o terapeuta interessa-se, acima de tudo, pela singularidade de cada paciente. Ou seja, o analista não detém o saber absoluto capaz de solucionar o sofrimento em questão. A habilidade do terapeuta deve ir além da teoria, já que é impossível a certeza das respostas que virão durante o tratamento. Desta forma, o “ato analítico só se justifica enquanto aposta no surgimento de um saber que concerne ao próprio sujeito. É necessário produzir uma interrogação” (p. 31).

A partir da atitude de servir por parte do analista, o delirante pode construir uma metáfora com a qual ele consiga sobreviver. O delírio, mesmo que não desapareça de forma definitiva, poderá ser reconstruído de uma forma que dê sustentação, e ajude o paciente a conviver com o que, para ele, é insuportável.

CONCLUSÃO

O percurso aqui realizado teve como objetivo esclarecer pontos importantes a respeito do que é a psicose, como ela se estrutura, bem como o que é delírio e seu papel. Mas, acima de tudo, houve a intenção de esclarecer que o delírio não pode ser considerado um pensamento meramente desorganizado, por fazer parte dos pensamentos de alguém que certamente está “louco”. Essa concepção, extremamente simplista e incompleta, apenas abrevia e também impede o longo caminho que pode ser percorrido em prol de um conhecimento mais amplo a respeito do que é o delírio e sua principal função.

Encarar o delírio a partir dessa concepção simplista pode acarretar uma enorme dificuldade de descobrir quão rico é o seu conteúdo. O delírio não aparece em um indivíduo sem ter uma base fundamentada em toda uma história de vida. O indivíduo que se sente obrigado a “pedir socorro” por meio de seus delírios, certamente não encontrou solução fácil para lidar com sua dor. Por ter uma estrutura psíquica frágil, pode-se supor que nele tenha falido a *Lei da Simbolização*. Esse processo, a *forclusão*, é a responsável pela estruturação psicótica no indivíduo, ou seja, é a responsável por toda a desorganização psíquica deste, que perde seu rumo, sentindo-se inquieto, perdido, angustiado. Sua personalidade é modificada.

O delírio aparece justamente nesse momento de dor. Aparece para modificar a realidade que, para o indivíduo, não está sendo suportada. O delírio passa a ter função de adaptador, fazendo com que o indivíduo se ajuste a um mundo que antes era complicado, e difícil de sobreviver. Ou seja, o delírio modifica a visão que o indivíduo tem deste mundo para que, desta forma, passem a existir melhores condições de convivência com essa realidade.

O analista tem aqui a função de saber ouvir o seu paciente delirante, sem a pré-concepção de que aquilo que ele diz nada mais são que palavras soltas. A partir dessas palavras ditas pelo paciente, o terapeuta vai procurar descobrir exatamente o que Freud (1937) chamou de *núcleo de verdade*. Ou seja, o sentido que pode existir nesse delírio, o porquê de seu surgimento.

Durante as sessões de análise, e também em contextos institucionais, o terapeuta pode adquirir condições de reconstituir a história de vida de seu paciente, e a partir de então poder construir hipóteses acerca do que é dito. Por meio dessas hipóteses – importante ressaltar que não são certezas – o terapeuta pode obter melhor entendimento sobre o papel do delírio

naquele indivíduo, podendo também trabalhar com esse paciente a melhor maneira deste perceber o que se passa com ele.

É importante que o terapeuta domine todo esse processo de formação de uma estrutura psicótica. Deve também possuir um entendimento amplo e detalhado do que é o delírio, bem como a dinâmica inserida num quadro delirante, para que, assim, possa encontrar melhores formas de lidar com seu paciente. Adequado lembrar que, mesmo possuindo esse saber, o terapeuta não é, de modo algum, superior ao seu paciente, no sentido de dominar todo o conhecimento sobre aquele que ele atende. Colocando-se no lugar de alguém que deve ouvir, e tem muito a aprender, é mais fácil que este terapeuta consiga ajudar seu paciente.

Todo esse trabalho na terapia certamente pode ser longo, árduo. Mas os principais pontos a serem valorizados são os ganhos que o paciente delirante pode adquirir durante essa jornada. Mesmo que seu delírio não desapareça de maneira definitiva, o paciente terá a possibilidade de se entender melhor, se aceitar melhor, confiar mais em si mesmo, e a partir de então, adquirir melhores condições de conviver com seu delírio. A principal meta de terapeuta e paciente neste âmbito passa a ser a redução da dor de sobreviver numa realidade que antes era certamente cruel.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batista, L. B. D. & Soares, C. A. (1996, dezembro). Psicologia e Psiquiatria: Interação na Instituição Pública. *Cadernos de Psicologia – Vol. IV – Nº 5*, 31-33.
- Calligaris, C. (1989). *Introdução a uma Clínica Diferencial das Psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Checchinato, D., Sobrinho, O. R.; Steffen, R., Souza Filho, A. (1988). *A Clínica da Psicose*. São Paulo: Papirus.
- Costa, A. B. C. (1997). *Delírio e Linguagem: Três Ensaios sobre Psicose e Referência*. Tese de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Cromberg, R. U. (2000). *Paranóia: Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dalgalarrrondo, P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Dor, J. (1995). *Introdução à Leitura de Lacan – Vol.II*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Freitas, H. M. F. & Rabelo, C. P. (1996, dezembro). Residência em Saúde Mental: Que questões uma enfermagem Psiquiátrica coloca para o Psicólogo. *Cadernos de Psicologia – Vol. IV – Nº 5*, 44-46.
- Freud, S. (1923-1925) *O Ego e o Id – Vol. XIX*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1937-1939). *Moisés e o monoteísmo; Esboço de Psicanálise – Vol. XXIII*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1969). *Interpretação dos Sonhos – Vol. I*. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1998). *O Caso Schreber: Notas Psicanalíticas sobre um relato Autobiográfico de um Caso de Paranóia (Dementia Paranoides)*. Rio de Janeiro: Imago.

Jaspers, K. (2000). *Psicopatologia Geral – Vol. I*. São Paulo: Atheneu.

Lacan, J. (1955-1956). *O Seminário: As Psicoses - Livro 3*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (1998). *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Nunes, P. E. (1976). *Obsessão e Delírio: Neurose e Psicose*. Rio de Janeiro: Imago.

Oliveira, R. (2001). *Análise Psicológica – nº3, série XIX*, 399-415.

Paim, I. (1978). *Curso de Psicopatologia*. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas LTDA.

Scharfetter, C. H. (1997). *Introdução à Psicopatologia Geral*. Lisboa: Climepsi Editores.

Sobreira, C. (1981, janeiro). O Histórico Histérico da Loucura, ou A História Estéril da Loucura ou, realmente, A História é uma Estória. *Psicologia em Curso – Vol. II – Nº 5*, 25-31.

Souza, N. S. (1999) *A Psicose: Um Estudo Lacaniano*. Rio de Janeiro: Revinter.

Sterian, A. (2001). *Esquizofrenia: Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.